



COHMIS

Formulario de Admisión de OneHome



NÚMERO DE SEGURO SOCIAL (SSN)										
CALIDAD DEL SEGURO SOCIAL (SSN por sus siglas en inglés)	<input type="checkbox"/> SSN completo reportado		<input type="checkbox"/> Cliente no sabe							
	<input type="checkbox"/> SSN aproximado/parcial reportado		<input type="checkbox"/> Cliente prefiere no responder							
			<input type="checkbox"/> Datos no recopilados							
NOMBRE DEL CLIENTE										
<i>Si el hogar tiene otro nombre, agréguelo al alias e incluya entre paréntesis el tipo de nombre (por ejemplo, nombre legal, apodo, nombre de la calle, nombre muerto)</i>										
<i>Para apellido y nombre, ingrese el nombre que usa el hogar, incluso si no es el nombre legal.</i>										
Apellido:										
Nombre:										
Segundo Nombre:						Sufijo:				
Alias:										
CALIDAD DEL NOMBRE	<input type="checkbox"/> Nombre completo reportado		<input type="checkbox"/> Cliente no sabe							
	<input type="checkbox"/> Parcial, nombre de la calle o nombre en clave		<input type="checkbox"/> Cliente prefiere no responder							
			<input type="checkbox"/> Datos no recopilados							
FECHA DE NACIMIENTO (MES/DIA/AÑO)										
CALIDAD DE FECHA DE NACIMIENTO	<input type="checkbox"/> Fecha de nacimiento completa reportada		<input type="checkbox"/> Cliente no sabe							
	<input type="checkbox"/> Fecha de nacimiento aproximada/parcial reportada		<input type="checkbox"/> Cliente prefiere no responder							
			<input type="checkbox"/> Datos no recopilados							
GÉNERO (seleccione todos los que correspondan)										
<input type="checkbox"/> Mujer (niña si es pequeña)			<input type="checkbox"/> No binario/a			<input type="checkbox"/> Cliente no sabe				
<input type="checkbox"/> Hombre (niño si es pequeño)			<input type="checkbox"/> Cuestionándose			<input type="checkbox"/> Cliente prefiere no responder				
<input type="checkbox"/> Identidad culturalmente específica (por ejemplo, dos espíritus)			<input type="checkbox"/> Identidad diferente			<input type="checkbox"/> Datos no recopilados				
<input type="checkbox"/> Transgénero										
Si es diferente, especifique: _____										
PRONOMBRES DEL CLIENTE										
<input type="checkbox"/> ella		<input type="checkbox"/> Elle		<input type="checkbox"/> Cliente prefiere no responder			<input type="checkbox"/> Otros pronombres: _____			
<input type="checkbox"/> él		<input type="checkbox"/> Cliente no sabe		<input type="checkbox"/> Datos no recopilados						

RAZA/ETNICIDAD (seleccione todas las que correspondan)

- Indio americano/a, nativo de Alaska o indígena
- Asiático americano/a
- Negro afroamericano/a o africano/a
- Hispano/ Latino/a/e/o
- Medio Oriente o Norte de África
- Nativo hawaiano/a o de las islas del pacífico
- Blanco/a
- Cliente no sabe
- Cliente prefiere no responder
- Datos no recopilados

Detalles adicionales de raza y origen étnico (opcional): _____

ESTATUS DE VETERANO

- Si*
- No
- * En caso afirmativo, complete las **Preguntas complementarias para veteranos**
- Cliente no sabe
- Cliente prefiere no contestar
- Datos no recopilados

RELACIÓN CON EL JEFE DE HOGAR

- Yo (jefe de familia)
- Hijo/a del jefe de familia
- Cónyuge o pareja del jefe de hogar
- Otro familiar del jefe de hogar
- Otro: miembro no relacionado

¿Tiene el hogar los siguientes DOCUMENTOS VITALES? SELECCIONE TODAS LAS QUE CORRESPONDAN.

- Identificación con fotografía emitida por el gobierno de EE. UU.
- Acta de nacimiento, tarjeta de residencia o trámites de naturalización de EE. UU.
- Tarjeta de seguro Social
- Cliente no sabe
- Cliente prefiere no responder
- Datos no recolectados

Proveedor: escanee y cargue documentos vitales en la pestaña Archivo del perfil del cliente en HMIS (Sistema de información de gestión de personas sin hogar) (si el cliente da su consentimiento).

NOMBRE DEL PROYECTO															
FECHA DE INICIO DEL PROYECTO (mes/día/año)						—			—						
¿Necesita asistencia de traducción?				<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si				<input type="checkbox"/> Cliente no sabe <input type="checkbox"/> Cliente prefiere no responder <input type="checkbox"/> Datos no recopilados							
Idioma(s) preferido(s)				Especifique idioma(s): _____				<input type="checkbox"/> Cliente no sabe <input type="checkbox"/> Cliente prefiere no responder <input type="checkbox"/> Datos no recopilados							
¿Se siente inseguro en su situación de vida actual o huye de la violencia doméstica?				<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si				<input type="checkbox"/> Cliente no sabe <input type="checkbox"/> Clientes prefiere no responder <input type="checkbox"/> Datos no recopilados							
<i>¡PARE! SI LA PERSONA RESPONDE SÍ, PREGUNTE SI ESTÁ DISPUESTO A EXPLORAR REFERENCIAS DE UN PROVEEDOR DE SERVICIOS DE VIOLENCIA DOMÉSTICA. PROGRAMAS DV (VIOLENCIA DOMESTICA) POR CONDADO HTTP://CCADV.ORG/FINDHELP/PROGRAMS-BY-COUNTY/ O LÍNEA DIRECTA NACIONAL DE VIOLENCIA DOMÉSTICA 1-800-799-7233 HTTP://WWW.THEHOTLINE.ORG/. SI RECHAZAN LOS SERVICIOS DE VIOLENCIA DOMESTICA CONTINUE CON LA ADMISIÓN DE ONEHOME.</i>															
¿Alguna vez el cliente ha experimentado la falta de vivienda?				<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si				<input type="checkbox"/> Cliente no sabe <input type="checkbox"/> Cliente prefiere no responder <input type="checkbox"/> Datos no recopilados							
<i>*Si esta es la primera vez que el cliente se encuentra sin hogar: No complete la Evaluación Estándar EC de OneHome hasta que el cliente haya experimentado 2 o más semanas sin hogar.</i>															
SITUACIÓN DE VIDA ANTERIOR (¿Dónde durmió el cliente la noche antes de ingresar a este proyecto?) ELIJA SÓLO 1 CATEGORÍA DE SITUACIÓN (sin hogar, institucional o temporal/permanente) Y COMPLETE ESA SECCIÓN															
SITUACIÓN SIN HOGAR															
<input type="checkbox"/> Lugar no destinado a la habitación humana (vehículo, en cualquier lugar del exterior) <input type="checkbox"/> Refugio de emergencia, incluido hotel o motel pagado con vale de refugio de emergencia o casa anfitriona financiada por RHY <input type="checkbox"/> Refugio seguro															
DURACIÓN DE LA ESTANCIA EN SITUACIÓN DE VIDA ANTERIOR (¿Cuánto tiempo permaneció el cliente en esa situación?)															
<input type="checkbox"/> Una noche o menos <input type="checkbox"/> De dos a seis noches <input type="checkbox"/> Una semana o más, pero menos de un mes.				<input type="checkbox"/> Un mes o más, pero menos de 90 días. <input type="checkbox"/> 90 días o más, pero menos de un año. <input type="checkbox"/> Un año o más				<input type="checkbox"/> Cliente no sabe <input type="checkbox"/> Cliente prefiere no responder <input type="checkbox"/> Datos no recopilados							
Fecha aproximada en que comenzó ESTE EPISODIO de personas sin hogar:						—			—						
				MES				DÍA				AÑO			
Número de veces que el cliente ha estado en la calle, en ES o SH en los últimos tres años, incluido hoy (Independientemente de dónde se quedaron anoche)															
<input type="checkbox"/> Una vez <input type="checkbox"/> Dos Veces				<input type="checkbox"/> Tres Veces <input type="checkbox"/> Cuatro o mas veces				<input type="checkbox"/> Cliente no sabe <input type="checkbox"/> Cliente prefiere no saber				<input type="checkbox"/> Datos no recopilados			

Número total de meses sin hogar en la calle, en ES o SH en los últimos tres años

- | | | | |
|-----------------------|---------------|---------------|---------------------------------|
| • Un mes (primer mes) | • Cinco meses | • Nueve meses | • Más de 12 meses |
| • Dos meses | • Seis meses | • Diez meses | • Cliente no sabe |
| • Tres meses | • Siete meses | • Once meses | • Cliente prefiere no responder |
| • Cuatro meses | • Ocho meses | • Doce meses | • Datos no recopilados |

SITUACIÓN INSTITUCIONAL

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Hogar de acogida o hogar de acogida grupal | <input type="checkbox"/> Centro de atención a largo plazo o residencia de ancianos |
| <input type="checkbox"/> Hospital u otro centro médico residencial no psiquiátrico | <input type="checkbox"/> Hospital u otro centro psiquiátrico |
| <input type="checkbox"/> Cárcel, prisión o centro de detención juvenil | <input type="checkbox"/> Centro de tratamiento de abuso de sustancias o centro de desintoxicación |

DURACIÓN DE LA ESTANCIA EN SITUACIÓN DE VIDA ANTERIOR (¿Cuánto tiempo permaneció el cliente en esa situación?)

- | | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Una noche o menos | <input type="checkbox"/> Un mes o más, pero menos de 90 días. | <input type="checkbox"/> Cliente no sabe |
| <input type="checkbox"/> De dos a seis noches | <input type="checkbox"/> 90 días o más, pero menos de un año. | <input type="checkbox"/> Cliente prefiere no responder |
| <input type="checkbox"/> Una semana o más, pero menos de un mes. | <input type="checkbox"/> Un año o más | <input type="checkbox"/> Datos no recopilados |

¿Duración de la estancia menos de 90 días?

(Indique si la estadía del cliente en el ámbito Institucional, donde permaneció anoche/antes del ingreso al proyecto, fue menor a 90 días)

-
- No
-
-
- Si*

 *Si respondió **SÍ** a la pregunta anterior, continúe. Si **NO**, deténgase aquí.

La noche antes de que el cliente ingresara a la situación de vivienda institucional, ¿se encontraban en una situación sin hogar? (refugio de emergencia, lugar no destinado a habitación o refugio seguro)?

-
- No
-
-
- Si*

 *Si respondió **SI** a la pregunta anterior, continúe. Si **NO**, deténgase aquí.

Fecha aproximada ESTE EPISODIO de personas sin hogar comenzó:

MES

DIA

ANO

Número de veces que el cliente ha estado en la calle, en ES o SH en los últimos tres años, incluido hoy
 (Independientemente de dónde se quedaron anoche)

- | | | | |
|------------------------------------|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Una vez | <input type="checkbox"/> Tres veces | <input type="checkbox"/> Cliente no sabe | <input type="checkbox"/> Datos no recopilados |
| <input type="checkbox"/> Dos veces | <input type="checkbox"/> Cuatro o mas veces | <input type="checkbox"/> Cliente prefiere no responder | |

Número total de meses sin hogar en la calle, en ES o SH en los últimos tres años

- | | | | |
|--|--------------------------------------|--------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Un mes (primer mes) | <input type="checkbox"/> Cinco meses | <input type="checkbox"/> Nueve meses | <input type="checkbox"/> Mas de doce meses |
| <input type="checkbox"/> Dos meses | <input type="checkbox"/> Seis meses | <input type="checkbox"/> Diez meses | <input type="checkbox"/> Cliente no sabe |
| <input type="checkbox"/> Tres meses | <input type="checkbox"/> Siete meses | <input type="checkbox"/> Once meses | <input type="checkbox"/> Cliente prefiere no responder |
| <input type="checkbox"/> Cuatro meses | <input type="checkbox"/> Ocho meses | <input type="checkbox"/> Doce meses | <input type="checkbox"/> Datos no recopilados |

SITUACIONES DE VIVIENDA TEMPORAL Y PERMANENTE

<input type="checkbox"/> Vivienda de transición para personas sin hogar. (incluido Jóvenes sin hogar) <input type="checkbox"/> Proyecto residencial o casa de transición sin criterios para personas sin hogar <input type="checkbox"/> Hotel o motel pagado sin vale de refugio de emergencia <input type="checkbox"/> Hogar Anfitrión (no de crisis) <input type="checkbox"/> Quedarse o vivir en la habitación, apartamento o casa de un amigo <input type="checkbox"/> Quedarse o vivir en la habitación, apartamento o casa de un miembro de la familia <input type="checkbox"/> Alquiler por cliente, sin subsidio de vivienda en curso <input type="checkbox"/> Alquiler por cliente, con subsidio de vivienda en curso* <input type="checkbox"/> Propiedad del cliente, con subsidio de vivienda en curso <input type="checkbox"/> Propiedad del cliente, sin subsidio de vivienda en curso	Si es alquiler con subsidio, especifique que tipo <input type="checkbox"/> Subsidio GPD TIP <input type="checkbox"/> Subsidio de vivienda VASH <input type="checkbox"/> RRH o subvención equivalente <input type="checkbox"/> Vale HCV (basado en inquilino o proyecto) <input type="checkbox"/> Unidad de vivienda pública <input type="checkbox"/> Vale de vivienda de emergencia <input type="checkbox"/> Bono Programa de Unificación Familiar (FUP) <input type="checkbox"/> Iniciativa de jóvenes de crianza a la independencia <input type="checkbox"/> Vivienda de apoyo permanente <input type="checkbox"/> Otro subsidio de vivienda en curso <input type="checkbox"/> Otras viviendas permanentes dedicadas a personas que anteriormente estaban sin hogar <input type="checkbox"/> Cliente no sabe <input type="checkbox"/> Cliente prefiere no responder <input type="checkbox"/> Datos no recolectados
---	--

DURACIÓN DE LA ESTANCIA EN SITUACIÓN DE VIDA ANTERIOR (¿Cuánto tiempo permaneció el cliente en esa situación?)

<input type="checkbox"/> Una noche o menos	<input type="checkbox"/> Un mes o más, pero menos de 90 días.	<input type="checkbox"/> Cliente no sabe
<input type="checkbox"/> De dos a seis noches	<input type="checkbox"/> 90 días o más, pero menos de un año.	<input type="checkbox"/> Cliente prefiere no responder
<input type="checkbox"/> Una semana o más, pero menos de un mes.	<input type="checkbox"/> Un año o más	<input type="checkbox"/> Datos no recopilados

¿Duración de la estancia menos de 7 días?

(Indique si la estadía del cliente en el entorno de vivienda de transición/permanente, donde permaneció anoche/antes de ingresar al proyecto, fue inferior a 7 días)

 No
 Si*

*Si respondió **SÍ** a la pregunta anterior, continúe. Si **NO**, deténgase aquí.

La noche antes de que el cliente ingresara a la situación de vivienda transitoria o permanente, ¿se encontraba en una situación sin hogar?

(refugio de emergencia, lugar no destinado a habitación o refugio seguro)?

 No
 Si*

*Si respondió **SÍ** a la pregunta anterior, continúe. Si **NO**, deténgase aquí.

Fecha aproximada en que comenzó ESTE EPISODIO de personas sin hogar:

MES	DIA	AÑO	

Número de veces que el cliente ha estado en la calle, en ES o SH en los últimos tres años, incluido hoy (Independientemente de dónde se quedaron anoche)

<input type="checkbox"/> Una vez	<input type="checkbox"/> Tres veces	<input type="checkbox"/> Cliente no sabe	<input type="checkbox"/> Datos no recopilados
<input type="checkbox"/> Dos veces	<input type="checkbox"/> Cuatro o mas veces	<input type="checkbox"/> Cliente prefiere no responder	

Número total de meses sin hogar en la calle, en ES (refugios de emergencia) o SH* (Refugio de seguridad) en los últimos tres años

- | | | | |
|--|--------------------------------------|--------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Un mes (primer mes) | <input type="checkbox"/> Cinco meses | <input type="checkbox"/> Nueve meses | <input type="checkbox"/> Más de 12 meses |
| <input type="checkbox"/> Dos meses | <input type="checkbox"/> Seis meses | <input type="checkbox"/> Diez meses | <input type="checkbox"/> Cliente no sabe |
| <input type="checkbox"/> Tres meses | <input type="checkbox"/> Siete meses | <input type="checkbox"/> Once meses | <input type="checkbox"/> Cliente prefiere no responder |
| <input type="checkbox"/> Cuatro meses | <input type="checkbox"/> Ocho meses | <input type="checkbox"/> Doce meses | <input type="checkbox"/> Datos no recopilados |

Fin de sección

En su vida, ¿cuántos meses en total ha pasado viviendo en las calles, en refugios, viviendas de transición o en un lugar no destinado a la habitación humana?

Condición de Discapacidad

- | | |
|-----------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Cliente no sabe |
| <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> Cliente prefiere no responder |
| | <input type="checkbox"/> Datos no recopilados |

Discapacidad física

- | | |
|------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Cliente no sabe |
| <input type="checkbox"/> Si* | <input type="checkbox"/> Cliente prefiere no responder |
| | <input type="checkbox"/> Datos no recopilados |

*Si responde **Sí** por discapacidad física

Se espera que tenga una duración prolongada e indefinida y ¿Afecta sustancialmente la capacidad del cliente para vivir de forma independiente?

- | | |
|-----------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Cliente no sabe |
| <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> Cliente prefiere no saber |
| | <input type="checkbox"/> Datos no recopilados |

Discapacidad de Desarrollo

- | | |
|-----------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Cliente no sabe |
| <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> Cliente prefiere no saber |
| | <input type="checkbox"/> Datos no recopilados |

Condición de Salud Crónica

- | | |
|------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Cliente no sabe |
| <input type="checkbox"/> Si* | <input type="checkbox"/> Cliente prefiere no saber |
| | <input type="checkbox"/> Datos no recopilados |

*Si la respuesta es **Sí** para una condición de salud crónica

Se espera que tenga una duración prolongada e indefinida y que afecte sustancialmente la capacidad del cliente para vivir de forma independiente?

- | | |
|-----------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Cliente no sabe |
| <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> Cliente prefiere no saber |
| | <input type="checkbox"/> Datos no recopilados |

VIH/SIDA

- | | |
|-----------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Cliente no sabe |
| <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> Cliente prefiere no saber |
| | <input type="checkbox"/> Datos no recopilados |

Trastorno de salud mental

- | | |
|------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Cliente no sabe |
| <input type="checkbox"/> Si* | <input type="checkbox"/> Cliente prefiere no saber |
| | <input type="checkbox"/> Datos no recopilados |

*En caso afirmativo , para trastorno de salud mental Se espera que tenga una duración prolongada e indefinida y que afecte sustancialmente la capacidad del cliente para vivir de forma independiente?	<ul style="list-style-type: none"> • No • Si 	<ul style="list-style-type: none"> • Cliente no sabe • Cliente prefiere no saber • Datos no recopilados
Trastorno por uso de sustancias		
<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Trastorno por consumo de alcohol* <input type="checkbox"/> Trastorno por consumo de drogas* <input type="checkbox"/> Trastorno por consumo de alcohol y drogas*		<input type="checkbox"/> Cliente no sabe <input type="checkbox"/> Cliente prefiere no saber <input type="checkbox"/> Datos no recopilados
*Si responde SÍ al trastorno por uso de sustancias Se espera que tenga una duración prolongada e indefinida y que afecte sustancialmente la capacidad del cliente para vivir de forma independiente?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> Cliente no sabe <input type="checkbox"/> Cliente prefiere no saber <input type="checkbox"/> Datos no recopilados

SOBREVIVIENTE DE VIOLENCIA DOMÉSTICA		
<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si*		<input type="checkbox"/> Cliente no sabe <input type="checkbox"/> Cliente prefiere no saber <input type="checkbox"/> Datos no recopilados
*Si contestó SÍ a la respuesta de Sobreviviente de violencia doméstica		
¿Cuándo ocurrió esta experiencia?	<input type="checkbox"/> En los últimos tres meses <input type="checkbox"/> De tres a seis meses (excluyendo seis meses exactamente) <input type="checkbox"/> De hace seis a doce meses (excluyendo un año exactamente) <input type="checkbox"/> Hace más de un año	<input type="checkbox"/> Cliente no sabe <input type="checkbox"/> Cliente prefiere no saber <input type="checkbox"/> Datos no recopilados
¿Estás huyendo actualmente?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> Cliente no sabe <input type="checkbox"/> Cliente prefiere no saber <input type="checkbox"/> Datos no recopilados

INGRESOS EN EFECTIVO PARA INDIVIDUOS		
¿Ingresos de cualquier fuente?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si*	<input type="checkbox"/> Cliente no sabe <input type="checkbox"/> Cliente prefiere no saber <input type="checkbox"/> Datos no recopilados
*Si responde SÍ a ingresos de cualquier fuente: indique todas las fuentes que correspondan		
Fuente de ingresos (Marque todo lo que corresponda)	Cantidad mensual	
<input type="checkbox"/> Ingreso del trabajo (es decir, ingreso laboral)		
<input type="checkbox"/> Seguro de desempleo		
<input type="checkbox"/> Ingreso de Seguridad Suplementario (SSI)		
<input type="checkbox"/> Seguro de Incapacidad del Seguro Social (SSDI)		
<input type="checkbox"/> Compensación por discapacidad relacionada con el servicio de VA		
<input type="checkbox"/> Pensión por discapacidad no relacionada con el servicio de VA		

<input type="checkbox"/> Seguro privado de invalidez	
<input type="checkbox"/> Compensación de trabajadores	
<input type="checkbox"/> Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (TANF)	
<input type="checkbox"/> Asistencia General (GA)	
<input type="checkbox"/> Ingresos de jubilación del Seguro Social	
<input type="checkbox"/> Ingresos de pensión o jubilación de un trabajo anterior	
<input type="checkbox"/> Manutención de los hijos	
<input type="checkbox"/> Pensión alimenticia y otros alimentos conyugales	
<input type="checkbox"/> Otros ingresos en efectivo (especifique: _____)	
Monto Total Mensual	

BENEFICIOS NO EFECTIVOS

¿Recibe beneficios no monetarios?	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Cliente no sabe
	<input type="checkbox"/> Si*	<input type="checkbox"/> Cliente prefiere no saber <input type="checkbox"/> Datos no recopilados

***Si responde **SÍ** a recibir beneficios no monetarios: indique todas las fuentes que correspondan**

<input type="checkbox"/> Programa de asistencia nutricional suplementaria	<input type="checkbox"/> Servicios de transporte TANF
<input type="checkbox"/> Programa Especial de Nutrición Suplementaria para Mujeres, Bebés y Niños (WIC)	<input type="checkbox"/> Otros servicios financiados por TANF
<input type="checkbox"/> Servicios de cuidado infantil TANF	<input type="checkbox"/> Otro beneficio no monetario (Especificar fuente: _____)

SEGURO DE SALUD

¿Está cubierto por un seguro médico?	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Cliente no sabe
	<input type="checkbox"/> Si*	<input type="checkbox"/> Cliente prefiere no saber <input type="checkbox"/> Datos no recopilados

***Si responde **SÍ** a Cubierto por seguro médico: indique todas las fuentes que correspondan**

<input type="checkbox"/> Medicaid	<input type="checkbox"/> Seguro médico obtenido a través de COBRA
<input type="checkbox"/> Medicare	<input type="checkbox"/> Seguro médico de pago privado
<input type="checkbox"/> Programa estatal de seguro médico para niños	<input type="checkbox"/> Seguro Estatal de Salud para Adultos
<input type="checkbox"/> Servicios médicos de la Administración de Veteranos (VA)	<input type="checkbox"/> Programa de servicios de salud indios
<input type="checkbox"/> Seguro médico proporcionado por el empleador	<input type="checkbox"/> Otro seguro médico (Especifique fuente: _____)

¿Le gustaría compartir las razones o factores que cree que contribuyeron a su falta de vivienda?	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si*
---	-----------------------------	------------------------------

***En caso afirmativo, indique todos los motivos que se aplican.**

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Abuso o violencia en mi hogar
<input type="checkbox"/> Problemas de consumo de alcohol o sustancias.
<input type="checkbox"/> Se le pidió que se fuera o lo desalojaron
<input type="checkbox"/> Mal crédito
<input type="checkbox"/> Elección del cliente
<input type="checkbox"/> COVID-19
<input type="checkbox"/> Condiciones inhabilitantes
<input type="checkbox"/> Dado de alta del Sistema de acogida
<input type="checkbox"/> Liberado de prisión
<input type="checkbox"/> Enfermedad de un familiar o personal
<input type="checkbox"/> Barrera del idioma
<input type="checkbox"/> Problemas legales | <input type="checkbox"/> Perdió un trabajo, no pudo encontrar trabajo
<input type="checkbox"/> Gastos médicos
<input type="checkbox"/> Condición de salud mental
<input type="checkbox"/> Se mudó para encontrar trabajo.
<input type="checkbox"/> Problemas con los beneficios públicos.
<input type="checkbox"/> Trastorno de estrés postraumático
<input type="checkbox"/> Razones relacionadas con mi raza o etnia
<input type="checkbox"/> Razones relacionadas con mi orientación sexual o género
<input type="checkbox"/> Problemas de relación o ruptura familiar
<input type="checkbox"/> Lesión cerebral traumática
<input type="checkbox"/> No poder pagar el alquiler o la hipoteca
<input type="checkbox"/> No puedo pagar los servicios públicos
<input type="checkbox"/> Otro |
|---|--|

ORIENTACIÓN SEXUAL

- | | | |
|---------------------------------------|--|--|
| <input type="checkbox"/> Heterosexual | <input type="checkbox"/> Bisexual | <input type="checkbox"/> Cliente no sabe |
| <input type="checkbox"/> Homosexual | <input type="checkbox"/> Cuestionando/Inseguro | <input type="checkbox"/> Cliente prefiere no responder |
| <input type="checkbox"/> Lesbiana | <input type="checkbox"/> Otro | <input type="checkbox"/> Datos no recopilados |

En otro caso, por favor especifica: _____

PREFERENCIAS Y ELEGIBILIDAD DE VIVIENDA DE ONEHOME

¿En qué condado estarías dispuesto a vivir? (SELECCIONE TODAS LAS QUE CORRESPONDAN)

- | | | | |
|--|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Cualquier | <input type="checkbox"/> Boulder County | <input type="checkbox"/> Denver County | <input type="checkbox"/> Cliente no sabe |
| <input type="checkbox"/> Adams County | <input type="checkbox"/> City of Boulder | <input type="checkbox"/> Douglas County | <input type="checkbox"/> Cliente prefiere no responder |
| <input type="checkbox"/> Arapahoe County | <input type="checkbox"/> Longmont | <input type="checkbox"/> Jefferson County | <input type="checkbox"/> Datos no recopilados |
| <input type="checkbox"/> Broomfield County | <input type="checkbox"/> Rural/Montañas | <input type="checkbox"/> Rural/Montañas | |
| | <input type="checkbox"/> Sin preferencias | <input type="checkbox"/> Sin preferencias | |
| | <input type="checkbox"/> Otra (especificar): _____ | <input type="checkbox"/> Otra (especificar): _____ | |

¿Hay algún vecindario o ciudad en el que definitivamente no vivirías incluso si fuera la única opción de vivienda disponible?

¿Tiene otras necesidades de vivienda que respaldarán su éxito? (SELECCIONE TODAS LAS QUE CORRESPONDAN)

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Fumadores | <input type="checkbox"/> Puede hacer un máximo de 1 a 3 pasos (es decir, repisa o escalón para ingresar a la unidad) | <input type="checkbox"/> Otro: _____ |
| <input type="checkbox"/> Accesible para sillas de ruedas (ducha adaptada para silla de ruedas, sin escalones, barras de apoyo, etc.) | <input type="checkbox"/> Dormitorio adicional para cuidados internos | <input type="checkbox"/> Cliente no sabe |
| <input type="checkbox"/> Ascensor | <input type="checkbox"/> Animal de servicio documentado | <input type="checkbox"/> Cliente prefiere no responder |
| | <input type="checkbox"/> Animal de apoyo emocional documentado | <input type="checkbox"/> Datos no recopilados |
| | <input type="checkbox"/> Otra mascota | |

Marque a continuación los tipos de vivienda que le interesarían. Explique los tipos de vivienda disponibles para garantizar la comprensión, no dé por sentado. Seleccione todas las que correspondan.

- Basado en proyectos (el apoyo generalmente está disponible en el sitio, el subsidio está vinculado a unidades particulares y no viaja con inquilinos individuales)
- Sitio disperso/basado en inquilinos (el recurso de vivienda está conectado a la persona y la unidad se encontrará en el mercado de viviendas; puede haber flexibilidad con antecedentes penales y crediticios)
- Vida sobria (requisitos de sobriedad vigentes)
- Programa de trabajo (apoyos laborales integrados y a menudo requeridos)
- Ocupación de habitación individual (SRO por sus siglas en inglés) (como un hotel/dormitorio, sin cocina individual)
- Otro: _____
- Cliente no sabe
- Cliente prefiere no responder
- Datos no recopilados

¿Existen barreras en materia de vivienda, como antecedentes penales, fabricación de metanfetamina, incendios provocados, delitos sexuales, delitos graves violentos en el último año, delitos menores en los últimos 3 años, delitos graves en los últimos 5 años?

¿Le debe dinero a lo siguiente (marque todo lo que corresponda):

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Deuda anterior del propietario | <input type="checkbox"/> Cliente no sabe |
| <input type="checkbox"/> Deuda de servicios públicos pasada | <input type="checkbox"/> Cliente prefiere no responder |
| <input type="checkbox"/> Agencia de Cobranza en Alquiler | <input type="checkbox"/> Datos no recopilados |

Proveedores: En caso afirmativo, apoye al hogar para obtener un plan de pago, ya que puede ser necesario para la vivienda.

¿Tiene el hogar algún desalojo?

Sí, menos de 1 año.

Sí, entre 1 y 7 años.

Sí, más de 7 años.

No

Cliente no sabe

Cliente prefiere no responder

Datos no recopilados

¿Recibe servicios en Aurora?

<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Cliente no sabe
<input type="checkbox"/> Si*	<input type="checkbox"/> Cliente prefiere no saber
	<input type="checkbox"/> Datos no recopilados

INFORMACIÓN DE CONTACTO (Opcional: ingresado en la pestaña Contactos) Mensaje de trabajo personal

Número de teléfono	
Correo electrónico	

DIRECCION(Opcional: ingresada en la pestaña de ubicaciones) Dirección actual Última dirección permanente Dirección postal

Calle			
Ciudad			
Estado		Código postal	

Firma del solicitante que indica que toda la información es verdadera y correcta.

Fecha