

Client ID: \_\_\_\_\_

Project Name: \_\_\_\_\_

Staff Name: \_\_\_\_\_

**HMIS Exit Form Outreach****Identificación:** *Todas las secciones son obligatorias a menos que se indique lo contrario***Primer Nombre:** \_\_\_\_\_ **Segundo Nombre:** \_\_\_\_\_**Apellido:** \_\_\_\_\_ **Sufijo:** \_\_\_\_\_**Fecha de Salida del Proyecto****Número de Seguro Social (SSN)****Fecha de Nacimiento (DOB)**

\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

\_\_\_\_-\_\_\_\_-\_\_\_\_

\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**Destinos****Situaciones sin hogar**

- Lugar no destinado a habitación:
- Coche/camión/furgoneta
  - RV
  - Otro
- Refugio de emergencia, incluido hotel o motel pagado con un vale de refugio de emergencia, o refugio en casa de acogida
- Refugio seguro

**Situación Institucional**

- Hogar de cuidado de crianza o hogar de grupo de cuidado de crianza
- Hospital u otro centro médico residencial no psiquiátrico
- Cárcel, prisión, o centro de detención juvenil
- Centro de atención a largo plazo o residencia de ancianos
- Hospital psiquiátrico u otro centro psiquiátrico
- Centro de tratamiento de abuso de sustancias o centro de desintoxicación

**Vivienda Temporal**

- Vivienda de transición para personas sin hogar (incluyendo a jóvenes sin hogar)
- Proyecto residencial o casa de transición sin criterios para personas sin hogar
- Hotel o motel pagado sin vale de refugio de emergencia
- Casa de Anfitrión (no en crisis)
- Quedarse o vivir con la familia, tenencia temporal (por ejemplo, habitación, apartamento o casa)
- Quedarse o vivir con amigos, tenencia temporal (por ejemplo, habitación, apartamento o casa)
- Pasó de un proyecto financiado por HOPWA a HOPWA TH

**Vivienda Permanente**

- Quedarse o vivir con la familia, tenencia permanente
- Quedarse o vivir con amigos, tenencia permanente
- Pasó de un proyecto financiado por HOPWA a HOPWA PH
- Alquiler por cliente, sin subsidio de vivienda en curso
- Alquiler por cliente, con otro subsidio de vivienda en curso

**Tipo de subsidio:**

- Subsidio de vivienda GPD TIP
- Subsidio de vivienda VASH
- RRRH o subsidio equivalente
- Vale HCV (arrendatario o basado en proyecto) (no dedicado)
- Unidad de Vivienda Pública
- Alquiler por cliente, con otro subsidio de vivienda en curso
- Vale de vivienda de emergencia
- Vale del Programa de Unificación Familiar (FUP)
- Iniciativa de jóvenes de crianza hacia la independencia (FYI)
- Vivienda de apoyo permanente
- Otras viviendas permanentes dedicadas a personas que anteriormente estaban sin hogar
- Propiedad del cliente, con subsidio de vivienda en curso
- Propiedad del cliente, sin subsidio continuo

 Entrevista de salida no completada  Otro: \_\_\_\_\_  Fallecido  El cliente no sabe El cliente prefiere no contestar**Seguro Médico** Sí  No  El cliente no sabe  El cliente prefiere no contestar**Fuentes de Seguro Médico** *(Marque todo lo que corresponda)*

- Seguro médico privado
- MEDICAID
- Health Net (Medi-Cal)-Niños
- Health Plan of San Joaquin (Medi-Cal)-Niños
- Administración de Salud de Veteranos (VHA)
- Seguro obtenido a través de COBRA
- Programa de Servicio de Salud Indígena (IHS)
- Medicare
- Health Net (Medi-Cal)-Adultos
- Health Plan of San Joaquin (Medi-Cal)-Adultos
- Seguro Médico Estatal para Niños (Medi-Cal)
- Seguro médico proporcionado por el empleador
- Seguro Médico Estatal para Adultos (Medi-Cal)
- Otro: \_\_\_\_\_

<b>Barreras-All programs except SSVF (Check all that apply)</b>		
	<b>Barrera Presente</b>	<b>La condición es indefinida</b>
<input type="checkbox"/> Trastorno del Alcohol	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> El cliente no sabe <input type="checkbox"/> El cliente prefiere no contestar	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> El cliente no sabe <input type="checkbox"/> El cliente prefiere no contestar
<input type="checkbox"/> Condición de Salud Crónica	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> El cliente no sabe <input type="checkbox"/> El cliente prefiere no contestar	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> El cliente no sabe <input type="checkbox"/> El cliente prefiere no contestar
<input type="checkbox"/> Discapacidad del desarrollo	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> El cliente no sabe <input type="checkbox"/> El cliente prefiere no contestar	
<input type="checkbox"/> Trastorno por consumo de drogas	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> El cliente no sabe <input type="checkbox"/> El cliente prefiere no contestar	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> El cliente no sabe <input type="checkbox"/> El cliente prefiere no contestar
<input type="checkbox"/> VIH/SIDA	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> El cliente no sabe <input type="checkbox"/> El cliente prefiere no contestar	
<input type="checkbox"/> Trastorno de salud mental	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> El cliente no sabe <input type="checkbox"/> El cliente prefiere no contestar	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> El cliente no sabe <input type="checkbox"/> El cliente prefiere no contestar
<input type="checkbox"/> Discapacidad Física	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> El cliente no sabe <input type="checkbox"/> El cliente prefiere no contestar	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> El cliente no sabe <input type="checkbox"/> El cliente prefiere no contestar
<b>Evaluación Financiera</b>		
<b>¿Tiene el cliente alguna fuente de ingresos? (En caso afirmativo, marque todo lo que corresponda)</b>		
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> El cliente no sabe <input type="checkbox"/> El cliente prefiere no contestar		
<b>Fuente de Ingresos</b>	<b>Cantidad Mensual</b>	
<input type="checkbox"/> Ingreso Ganado (salarios de empleo/en efectivo)	\$	
<input type="checkbox"/> Seguro de Desempleo	\$	
<input type="checkbox"/> Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI)	\$	
<input type="checkbox"/> Seguro de Incapacidad del Seguro Social (SSDI)	\$	
<input type="checkbox"/> Seguro Privado por Discapacidad	\$	
<input type="checkbox"/> Seguro de Compensación Laboral	\$	
<input type="checkbox"/> Compensación por discapacidad relacionada con el servicio de VA	\$	
<input type="checkbox"/> Pensión por discapacidad no relacionada con servicios de VA	\$	
<input type="checkbox"/> Pensión o Ingreso de Jubilación de un trabajo	\$	
<input type="checkbox"/> Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (TANF/CalWorks)	\$	
<input type="checkbox"/> Asistencia General	\$	
<input type="checkbox"/> Jubilación (Seguro Social)	\$	
<input type="checkbox"/> Manutención infantil	\$	
<input type="checkbox"/> Pensión Alimenticia	\$	
<input type="checkbox"/> Otro Ingreso	\$	
<b>¿Tiene el cliente beneficios no monetarios? (En caso afirmativo, marque todo lo que corresponda)</b>		
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> El cliente no sabe <input type="checkbox"/> El cliente prefiere no contestar		
<b>Beneficios No Monetarios</b>	<b>Cantidad Mensual</b>	
<input type="checkbox"/> Programa Especial de Nutrición Suplementaria para Mujeres, Infantes, y Niños	\$	
<input type="checkbox"/> Programa de asistencia nutricional suplementaria (CalFresh/SNAP)	\$	
<input type="checkbox"/> Servicios de Cuidado Infantil de TANF	\$	
<input type="checkbox"/> Servicios de Transporte de TANF	\$	
<input type="checkbox"/> Otros servicios financiados por TANF	\$	
<input type="checkbox"/> Otra fuente	\$	

<b>Contacto</b>			
Fecha de Contacto: ____/____/____			
<b>Situación de Vivienda Actual</b>			
<i>Record the client's living situation information below</i>			
<b>1. Situaciones de Vivienda</b>			
<b>Literalmente sin hogar</b>	<b>Situaciones institucionales</b>	<b>Vivienda Temporal</b>	<b>Vivienda Permanente</b>
<input type="checkbox"/> Lugar no destinado a habitación: <input type="checkbox"/> Coche/camión/furgoneta <input type="checkbox"/> RV <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Refugio de emergencia, incluido hotel o motel pagado con un vale de refugio de emergencia, o refugio en casa de acogida <input type="checkbox"/> Refugio seguro  <i>*If selection made, continue to Contact Service</i>	<input type="checkbox"/> Hogar de cuidado de crianza o hogar de grupo de cuidado de crianza <input type="checkbox"/> Hospital u otro centro médico residencial no psiquiátrico <input type="checkbox"/> Cárcel, prisión, o centro de detención juvenil <input type="checkbox"/> Centro de atención a largo plazo o residencia de ancianos <input type="checkbox"/> Hospital psiquiátrico u otro centro psiquiátrico <input type="checkbox"/> Centro de tratamiento de abuso de sustancias o centro de desintoxicación  <i>*If selection made, continue to question 2</i>	<input type="checkbox"/> Vivienda de transición para personas sin hogar (incluyendo a 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"/> Casa de Anfitrión (no en crisis) <input type="checkbox"/> Quedarse o vivir en la habitación, apartamento o casa de un miembro de la familia <input type="checkbox"/> Quedarse o vivir en la habitación, apartamento o casa de un amigo  <i>*If selection made, continue to question 2</i>	<input type="checkbox"/> Alquiler por cliente, sin subsidio de vivienda en curso <input type="checkbox"/> Alquiler por cliente, con otro subsidio de vivienda en curso <b>Tipo de subsidio:</b> <input type="checkbox"/> Subsidio de vivienda GPD TIP <input type="checkbox"/> Subsidio de vivienda VASH <input type="checkbox"/> RRH o subsidio equivalente <input type="checkbox"/> Vale HCV (arrendatario o basado en proyecto) (no dedicado) <input type="checkbox"/> Unidad de Vivienda Pública <input type="checkbox"/> Alquiler por cliente, con otro subsidio de vivienda en curso <input type="checkbox"/> Vale de vivienda de emergencia <input type="checkbox"/> Vale del Programa de Unificación Familiar (FUP) <input type="checkbox"/> Iniciativa de jóvenes de crianza hacia la independencia (FYI) <input type="checkbox"/> Vivienda de apoyo permanente <input type="checkbox"/> Otra vivienda permanentes dedicadas a personas que anteriormente estaban sin hogar <input type="checkbox"/> Propiedad del cliente, con subsidio de vivienda en curso <input type="checkbox"/> Propiedad del cliente, sin subsidio continuo <i>*If selection made, continue to question 2</i>
<input type="checkbox"/> Otro: <input type="checkbox"/> El cliente no sabe <input type="checkbox"/> El cliente prefiere no contestar			
<b>2. ¿El cliente tendrá que abandonar su situación de vivienda actual en un plazo de 14 días?</b>			
<input type="checkbox"/> Sí ( <i>Continue to questions 3-6</i> ) <input type="checkbox"/> No ( <i>Continue to Contact Service</i> ) <input type="checkbox"/> El cliente no sabe <input type="checkbox"/> El cliente prefiere no contestar			
<b>3. ¿Se ha identificado una residencia posterior?</b>			
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> El cliente no sabe <input type="checkbox"/> El cliente prefiere no contestar			
<b>4. ¿Tiene el cliente o la familia recursos o redes de apoyo para obtener otra vivienda permanente?</b>			
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> El cliente no sabe <input type="checkbox"/> El cliente prefiere no contestar			
<b>5. ¿Ha tenido el cliente un contrato de arrendamiento o propiedad sobre una nidad de vivienda permanente en los últimos 60 días?</b>			
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> El cliente no sabe <input type="checkbox"/> El cliente prefiere no contestar			
<b>6. ¿El cliente se ha mudado 2 o más veces en los últimos 60 días?</b>			
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> El cliente no sabe <input type="checkbox"/> El cliente prefiere no contestar			
<b>Registro de Contacto</b>			
Servicio de contacto ( <i>Por favor indique el servicio proporcionado</i> ): _____			