

Client ID: _____

Project Name: _____

Staff Name: _____

HMIS Exit Form RHY Outreach

For all persons exiting HMIS project type: **RHY 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
- RRH 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)

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Seguro médico privado | <input type="checkbox"/> Medicare |
| <input type="checkbox"/> MEDICAID | <input type="checkbox"/> Health Net (Medi-Cal)-Adultos |
| <input type="checkbox"/> Health Net (Medi-Cal)-Niños | <input type="checkbox"/> Health Plan of San Joaquin (Medi-Cal)-Adultos |
| <input type="checkbox"/> Health Plan of San Joaquin (Medi-Cal)-Niños | <input type="checkbox"/> Seguro Médico Estatal para Niños (Medi-Cal) |
| <input type="checkbox"/> Administración de Salud de Veteranos (VHA) | <input type="checkbox"/> Seguro médico proporcionado por el empleador |
| <input type="checkbox"/> Seguro obtenido a través de COBRA | <input type="checkbox"/> Seguro Médico Estatal para Adultos (Medi-Cal) |
| <input type="checkbox"/> Programa de Servicio de Salud Indígena (IHS) | <input type="checkbox"/> Otro: _____ |

Barreras- Todos los programas excepto SSVF (Marque todo lo que corresponda)		
	Barrera Presente	La condición es indefinida
<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
Evaluación Financiera		
¿Tiene el cliente alguna fuente de ingresos? (En caso afirmativo, marque todo lo que corresponda)		
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> El cliente no sabe <input type="checkbox"/> El cliente prefiere no contestar		
Fuente de Ingresos	Cantidad Mensual	
<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	\$	
¿Tiene el cliente beneficios no monetarios? (En caso afirmativo, marque todo lo que corresponda)		
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> El cliente no sabe <input type="checkbox"/> El cliente prefiere no contestar		
Beneficios No Monetarios	Cantidad Mensual	
<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	\$	

Contacto			
Fecha de Contacto: ____/____/____			
Situación de Vivienda Actuales			
<i>Record the client's living situation information below</i>			
1. Situaciones de Vivienda			
Literalmente sin hogar	Situaciones institucionales	Vivienda Temporal	Vivienda Permanente
<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 Tipo de subsidio: <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			
2. ¿El cliente tendrá que abandonar su situación de vivienda actual en un plazo de 14 días?			
<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			
3. ¿Se ha identificado una residencia posterior?			
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> El cliente no sabe <input type="checkbox"/> El cliente prefiere no contestar			
4. ¿Tiene el cliente o la familia recursos o redes de apoyo para obtener otra vivienda permanente?			
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> El cliente no sabe <input type="checkbox"/> El cliente prefiere no contestar			
5. ¿Ha tenido el cliente un contrato de arrendamiento o propiedad sobre una unidad de vivienda permanente en los últimos 60 días?			
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> El cliente no sabe <input type="checkbox"/> El cliente prefiere no contestar			
6. ¿El cliente se ha mudado 2 o más veces en los últimos 60 días?			
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> El cliente no sabe <input type="checkbox"/> El cliente prefiere no contestar			
Registro de Contacto			
Servicio de contacto (<i>Por favor indique el servicio proporcionado</i>): _____			