

# HMIS Exit Form SSVF RRH & HP

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

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

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

**Identificación:** *Todas las secciones son obligatorios 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 con 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

<b>Seguro Médico</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>Fuentes de Seguro Médico</b> <i>(Marque todo lo que corresponda)</i>	
<input type="checkbox"/> Seguro médico privado <input type="checkbox"/> MEDICAID <input type="checkbox"/> Health Net (Medi-Cal)-Niños <input type="checkbox"/> Health Plan of San Joaquin (Medi-Cal)-Niños <input type="checkbox"/> Administración de Salud de Veteranos (VHA) <input type="checkbox"/> Seguro obtenido a través de COBRA <input type="checkbox"/> Programa de Servicio de Salud Indígena (IHS)	<input type="checkbox"/> Medicare <input type="checkbox"/> Health Net (Medi-Cal)-Adultos <input type="checkbox"/> Health Plan of San Joaquin (Medi-Cal)-Adultos <input type="checkbox"/> Seguro Médico Estatal para Niños (Medi-Cal) <input type="checkbox"/> Seguro médico proporcionado por el empleador <input type="checkbox"/> Seguro Médico Estatal para Adultos (Medi-Cal) <input type="checkbox"/> Otro: _____
<b>Conexión a SOAR</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>Evaluación Financiera</b>	
<b>¿Tiene el cliente alguna fuente de ingresos?</b> <i>(En caso afirmativo, marque todo lo que corresponda)</i>	
<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?</b> <i>(En caso afirmativo, marque todo lo que corresponda)</i>	
<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 Montetarios</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>Evaluación de Empleo</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>En Caso Afirmativo, Tipo de Empleo</b>		
<input type="checkbox"/> Tiempo Completo <input type="checkbox"/> Medio Tiempo <input type="checkbox"/> Estacional/Esporádico (incluido cualquier jornalero)		
<b>En caso negativo, ¿por qué no está empleado?</b>		
<input type="checkbox"/> Buscando empleo <input type="checkbox"/> Incapaz de trabajar <input type="checkbox"/> No está buscando trabajo		
<b>Evaluación Educativa</b>		
<b>Último grado completado</b>		
<input type="checkbox"/> Escuela no completada	<input type="checkbox"/> El programa escolar no tiene niveles de grado	<input type="checkbox"/> Desde Infantil hasta 4to Grado
<input type="checkbox"/> 5to grado o 6to grado	<input type="checkbox"/> 7mo u octavo grado	<input type="checkbox"/> Noveno grado
<input type="checkbox"/> Décimo grado	<input type="checkbox"/> 11.º grado	<input type="checkbox"/> 12.º grado, sin diploma
<input type="checkbox"/> Diploma de escuela secundaria	<input type="checkbox"/> GED	<input type="checkbox"/> Postsecundaria
		<input type="checkbox"/> Título asociado
		<input type="checkbox"/> Licenciatura
		<input type="checkbox"/> Título de posgrado
		<input type="checkbox"/> Certificación Vocacional
<input type="checkbox"/> El cliente no sabe	<input type="checkbox"/> El cliente prefiere no contestar	