

Client ID: _____

Project Name: _____

Staff Name: _____

HMIS Triage Assessment

Identificación: *Todas las secciones son obligatorias a menos que se indique lo contrario*

Primer Nombre: _____ Segundo Nombre: _____

Apellido: _____ Sufijo: _____

Número de seguro social (SSN)

_____-_____-_____

Fecha de nacimiento (DOB)

____/____/____

Evaluación de Triage

¿Ubicación de la evaluación?

 Stanislaus Community System of Care

¿Tipo de evaluación?

 Teléfono Virtual En persona

Fecha de Información:

____/____/____

Punto de recogida de evaluación de triaje

 Entrada Actualización Salida**Situación de Vida Actual****1. Situación de vivienda****Literalmente 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

**If selection made, continue to Contact Service*

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

**If selection made, continue to question 2*

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 en la habitación, apartamento o casa de un miembro de la familia
- Quedarse o vivir en la habitación, apartamento o casa de un amigo

**If selection made, continue to question 2*

Vivienda Permanente

- 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

**If selection made, continue to question 2*

Otro: _____ El cliente no sabe El cliente prefiere no contestar

2. ¿El cliente tendrá que abandonar su situación de vivienda actual en un plazo de 14 días?

Si (*Continue to questions 3-6*) No (*Continue to Contact Service*) El cliente no sabe El cliente prefiere no contestar

3. ¿Se ha identificado una residencia posterior?	
<input type="checkbox"/> Si <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"/> Si <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"/> Si <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"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> El cliente no sabe <input type="checkbox"/> El cliente prefiere no contestar	
Información de servicio de contacto	
Servicio de Contacto: <input type="checkbox"/> Gestión de caso	Geolocalización: <input type="checkbox"/> (Reminder to check box in HMIS)
Preguntas Adicionales	
1a. ¿Hay violencia o conflicto en el lugar donde se quedó anoche?	
<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> El cliente no sabe <input type="checkbox"/> El cliente prefiere no contestar	
1b. ¿Está en riesgo su salud o seguridad en el lugar donde se quedó anoche?	
<input type="checkbox"/> Si (<i>continue to 1c</i>) <input type="checkbox"/> No (<i>Prioritization Status</i>) <input type="checkbox"/> El cliente no sabe <input type="checkbox"/> El cliente prefiere no contestar	
1c. ¿Tiene otro lugar a donde ir?	
<input type="checkbox"/> Si (<i>continue to 1d</i>)	
<input type="checkbox"/> No, Es probable que se necesite una intervención especial. If DV may not be able to use HMIS (<i>comment</i>): _____ <input type="checkbox"/> NA	
<input type="checkbox"/> El cliente no sabe	
<input type="checkbox"/> El cliente prefiere no contestar	
1d. ¿Cuánto tiempo podría quedarse?	
<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"/> El cliente no sabe	<input type="checkbox"/> El cliente prefiere no contestar
Prioritization Status:	<input type="checkbox"/> Placed on prioritization list <input type="checkbox"/> Not placed on prioritization list