

Client ID: _____

Project Name: _____

Staff Name: _____

HMIS Intake and Enrollment Form RHY

For persons entering HIMS project type: RHY

Identificación: Todas las secciones son obligatorias a menos que se indique lo contrario		
Primer Nombre: _____		Segundo Nombre: _____
Apellido: _____		Sufijo: _____
Datos de calidad del nombre	Número de seguro social (SSN)	Fecha de nacimiento (DOB)
¿La clienta proporcionó su nombre completo?	_____-_____-_____-	_____/_____/_____-
<input type="checkbox"/> Nombre completo reportado <input type="checkbox"/> Se reporta nombre parcial, de calle o de código <input type="checkbox"/> El cliente no sabe <input type="checkbox"/> El cliente prefiere no contestar	<input type="checkbox"/> SSN completo reportado <input type="checkbox"/> SSN aproximado o parcial reportado <input type="checkbox"/> El cliente no sabe <input type="checkbox"/> El cliente prefiere no contestar	<input type="checkbox"/> Fecha de nacimiento aproximada o parcial reportada <input type="checkbox"/> Fecha de nacimiento complete reportada <input type="checkbox"/> El cliente no sabe <input type="checkbox"/> El cliente prefiere no contestar
Demografía Básica - Todas las secciones son obligatorias a menos que se indique lo contrario		
Raza y Etnicidad (Seleccione todo lo que aplique)		
<input type="checkbox"/> Indio americano, nativo de Alaska, o indígena - una persona que se identifica con cualquiera de los pueblos originales del norte, centro y Sudamérica. Ex. incluyen, entre otros, la Nación Navajo, la Tribu Pies Negros, los Mayas, los Aztecas, los Tinguito, etc. <input type="checkbox"/> Asiático o asiático-americano - una persona que se identifica con una o más nacionalidades o grupos étnicos originarios del este de Asia, El sudeste asiático o el subcontinente indio. Ex. incluyen, entre otros, chinos, indios, japoneses, coreanos, paquistaníes, vietnamita, u otra nación/región representativa. <input type="checkbox"/> Negro, afroamericano o africano - una persona que se identifica con una o más nacionalidades o grupos étnicos originarios de cualquiera de los grupos raciales negros de África, incluidos los afrocaribeños. Ex. incluyen, entre otros, afroamericanos, jamaicanos, haitianos, nigerianos, etíopes, y somalíes. <input type="checkbox"/> Hispano/Latina/e/o - Una persona que se identifica con una o más nacionalidades o grupos étnicos originarios de México, Puerto Rico, Cuba, Centro y Sudamérica y otras culturas españolas. Ex. incluyen, entre otros, mexicanos o mexicoamericanos, puertorriqueños, cubana, salvadoreña, dominicana, y colombiana. <input type="checkbox"/> Oriente Medio o Norte de África - una persona que se identifica con una o más nacionalidades o grupos étnicos con orígenes en el Medio Oriente y Norte de África. Ex. incluyen, entre otros, libaneses, iraníes, egipcios, sirios, marroquíes, e israelíes. <input type="checkbox"/> Nativo de Hawái o de las Islas del Pacífico - una persona que se identifica con una o más nacionalidades o grupos étnicos originarios de Hawái, Guam, Samoa, u otra isla del Pacífico. <input type="checkbox"/> Blanco - persona que se identifica con una o más nacionalidades o grupos étnicos originarios de Europa. Ex. incluyen, pero no son limitado a alemán, irlandés, polaco, inglés, francés, y noruego. <input type="checkbox"/> El cliente no sabe <input type="checkbox"/> El cliente prefiere no contestar Detalles adicionales de raza y origen étnico: _____		
Género (Seleccione todo lo que aplique) ¿El cliente autoriza la actualización en HMIS si el género es diferente? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
<input type="checkbox"/> Mujer (niña si es niña): el cliente se identifica como mujer o niña en el caso de un niño menor de 18 años. <input type="checkbox"/> Hombre (niño si es niño): el cliente se identifica como hombre o niño en el caso de un niño menor de 18 años. <input type="checkbox"/> Identidad culturalmente específica (por ejemplo, dos espíritus): el cliente se identifica con una identidad que es exclusiva de una cultura en particular. Por ejemplo, Two-Spirit se refiere a una identidad de género nativa de América del Norte. <input type="checkbox"/> Transgénero : el cliente se identifica con una historia, experiencia o identidad transgénero. <input type="checkbox"/> No binario : el cliente no se identifica exclusivamente como hombre o mujer <input type="checkbox"/> Cuestionamiento : Cliente que puede no estar seguro, puede estar explorando o no puede identificarse o identificarse con una identidad de género en este momento. Tenga en cuenta que "El cliente no sabe" es diferente de "Preguntar". "Cuestionar" consiste en explorar la propia identidad de género". 'Cliente no sabe' solo debe seleccionarse cuando un cliente no conoce su género entre las opciones disponibles. <input type="checkbox"/> Identidad diferente (especifique): _____ <input type="checkbox"/> El cliente no sabe <input type="checkbox"/> El cliente prefiere no contestar		
Embarazo	<input type="checkbox"/> Sí* (Due Date: ____/____/____)	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> El cliente no sabe <input type="checkbox"/> El cliente prefiere no contestar

Estatus de veterano (¿Alguna vez ha servido en el ejército de los EE. UU.?)

Sí No El cliente no sabe El cliente prefiere no contestar

Dirección postal e información de contacto (incluye, entre otros, organizaciones de servicios, centros de acceso, refugios de emergencia, viviendas de transición, residencias de clientes)

Dirección: _____

Ciudad, Estado, Código Postal: _____

Email: _____

Teléfono principal: _____

Teléfono de mensaje: _____

Relación con la cabeza de hogar

Sí mismo Hijo Hija Niño dependiente Cónyuge o pareja Otra relación familiar

Otra: no relacionada

Fecha de Inicio del Proyecto: _____ / _____ / _____

Evaluación de Datos Universales

Condición de Discapacidad

Sí No El cliente no sabe El cliente prefiere no contestar

Situación de vivienda: Identifique el tipo de residencia y la duración de la estadía en esa residencia justo antes de la admisión al programa

1. ¿Cuál era la situación que vivía inmediatamente antes de ingresar al proyecto? (La noche anterior)

Literalmente sin hogar	Situación Institucional	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 *Hutton BCP & Pathways: If selection is made, continue to questions 2, 3-5	<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 *Hutton BCP: If selection is made, continue to questions 2, 3-5 *Pathways: If selection is made, continue to question 1a	<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 *Hutton BCP: If selection is made, continue to questions 2, 3-5 *Pathways: If selection is made, continue to question 1b	<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"/> RRRH 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"/> Otras viviendas 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 *Hutton BCP: If selection is made, continue to questions 2, 3-5 *Pathways: If selection is made, continue to question 1b

El cliente no sabe El cliente prefiere no contestar

1a. ¿Se quedó menos de 90 días? (*Pertains to Institutional Situation)	
<input type="checkbox"/> Sí (Continue to questions 2-2a)	<input type="checkbox"/> No (Continue to question 2, then to Health Insurance)
<input type="checkbox"/> El cliente no sabe	<input type="checkbox"/> El cliente prefiere no contestar
1b. ¿Se quedó menos de 7 noches? (*Pertains to Transitional & Permanent Housing Situations)	
<input type="checkbox"/> Sí (Continue to questions 2-2a)	<input type="checkbox"/> No (Continue to question 2, then to Health Insurance)
<input type="checkbox"/> El cliente no sabe	<input type="checkbox"/> El cliente prefiere no contestar <input type="checkbox"/> Client prefers not to answer
2. ¿Duración de la estancia en la situación de vivienda anterior?	
<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
2a. ¿La noche anterior se quedó en la calle, en un refugio de emergencia o en un refugio seguro?	
<input type="checkbox"/> Sí (Continue to questions 3-5)	<input type="checkbox"/> No (Continue to Health Insurance)
<input type="checkbox"/> El cliente no sabe	<input type="checkbox"/> El cliente prefiere no contestar
3. Fecha aproximada en que comenzó este episodio de falta de vivienda: ____/____/____	
4. Independientemente de dónde se quedó anoche, ¿cuántas veces el cliente ha estado en la calle, en un refugio de emergencia o en un refugio seguro en los últimos tres años, incluido el día de hoy?	
<input type="checkbox"/> Una vez	<input type="checkbox"/> Dos veces
<input type="checkbox"/> Tres veces	<input type="checkbox"/> Cuatro veces o más
<input type="checkbox"/> El cliente no sabe	<input type="checkbox"/> El cliente prefiere no contestar
5. Número total de meses viviendo en las calles, en refugios de emergencia, o refugio seguro en los últimos tres años	
<input type="checkbox"/> Un mes (esta vez es el primer mes)	<input type="checkbox"/> 2-12 meses (<input type="text" value=""/> meses)
<input type="checkbox"/> Más de 12 meses	<input type="checkbox"/> El cliente no sabe
<input type="checkbox"/> El cliente prefiere no contestar	
Seguro Médico	
<input type="checkbox"/> Sí (Seleccione fuente) <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> El cliente no sabe <input type="checkbox"/> 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: _____
BCP Status: (BCP Only)	
Fecha de Determinación: ____/____/____	
¿El joven es elegible para los servicios RHY?	
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
En caso afirmativo (seleccione las opciones a continuación)	
¿Es el joven un fugitivo?	
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> El cliente no sabe <input type="checkbox"/> El cliente prefiere no contestar	
En caso negativo (motivo por el cual los servicios no están financiados por la subvención del BCP)	
<input type="checkbox"/> Fuera del rango de edad	
<input type="checkbox"/> Tutela del Estado (Reunificación Inmediata)	
<input type="checkbox"/> Tutela del Sistema de Justicia Penal (Reunificación Inmediata)	
<input type="checkbox"/> Otro	

Barreras (Marque todas las que correspondan)		
¿Se espera que la barrera dure mucho tiempo o sea indefinida? ¿Impide sustancialmente la disponibilidad del cliente para vivir de forma independiente? y podría mejorarse mediante la provisión de viviendas adecuadas?		
	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"/> 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
Sobreviviente de Violencia Doméstica		
Experiencia de violencia doméstica		
<input type="checkbox"/> Sí (Responda las preguntas a continuación) <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> El cliente no sabe <input type="checkbox"/> El cliente prefiere no contestar		
¿Cuándo ocurrió la experiencia?		
<input type="checkbox"/> En los últimos tres meses <input type="checkbox"/> De 3 a 6 meses atrás (excluyendo exactamente 6 meses) <input type="checkbox"/> De 6 meses a un año (excluyendo exactamente 1 año) <input type="checkbox"/> Hace un año o más <input type="checkbox"/> El cliente no sabe <input type="checkbox"/> El cliente prefiere no contestar		
En caso afirmativo, ¿estás huyendo?		
<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	
<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	\$
Evaluación de Empleo	
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> El cliente no sabe <input type="checkbox"/> El cliente prefiere no contestar	
En Caso Afirmativo, Tipo de Empleo	
<input type="checkbox"/> Tiempo Completo <input type="checkbox"/> Medio Tiempo <input type="checkbox"/> Seasonal/Sporadic (including any day labor)	
En caso negativo, ¿por qué no está empleado?	
<input type="checkbox"/> Buscando empleo <input type="checkbox"/> Incapaz de trabajar <input type="checkbox"/> No esta buscando trabajo	
Evaluación Educativa	
Último grado completado	
<input type="checkbox"/> Escuela no completada <input type="checkbox"/> 5to grado o 6to grado <input type="checkbox"/> Décimo grado <input type="checkbox"/> GED	<input type="checkbox"/> El programa escolar no tiene niveles de grado <input type="checkbox"/> 7mo u octavo grado <input type="checkbox"/> 11.º grado <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"/> Desde Infantil hasta 4to Grado <input type="checkbox"/> Noveno grado <input type="checkbox"/> 12.º grado, sin diploma	<input type="checkbox"/> El cliente no sabe <input type="checkbox"/> El cliente prefiere no contestar
Estado Escolar	
<input type="checkbox"/> Asistiendo a la escuela regularmente <input type="checkbox"/> Graduado de la escuela secundaria <input type="checkbox"/> Abandonado la escuela <input type="checkbox"/> Expulsado	<input type="checkbox"/> Asistiendo a la escuela irregularmente <input type="checkbox"/> Obtuvo el GED <input type="checkbox"/> Suspendido <input type="checkbox"/> El cliente no sabe <input type="checkbox"/> El cliente prefiere no contestar
Evaluación de Salud	
Estado de Salud General	
<input type="checkbox"/> Excelente <input type="checkbox"/> Muy Bueno <input type="checkbox"/> Bueno <input type="checkbox"/> Regular <input type="checkbox"/> Mal <input type="checkbox"/> El cliente no sabe <input type="checkbox"/> El cliente prefiere no contestar	
Estado de Salud Dental	
<input type="checkbox"/> Excelente <input type="checkbox"/> Muy Bueno <input type="checkbox"/> Bueno <input type="checkbox"/> Regular <input type="checkbox"/> Mal <input type="checkbox"/> El cliente no sabe <input type="checkbox"/> El cliente prefiere no contestar	
Estado de Salud Mental	
<input type="checkbox"/> Excelente <input type="checkbox"/> Muy Bueno <input type="checkbox"/> Bueno <input type="checkbox"/> Regular <input type="checkbox"/> Mal <input type="checkbox"/> El cliente no sabe <input type="checkbox"/> El cliente prefiere no contestar	
Estado de Embarazo	
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> El cliente no sabe <input type="checkbox"/> El cliente prefiere no contestar	
Orientación Sexual	
<input type="checkbox"/> Heterosexual <input type="checkbox"/> Gay <input type="checkbox"/> Lesbiana <input type="checkbox"/> Bisexual <input type="checkbox"/> Cuestionamiento/Inseguro <input type="checkbox"/> Otro (por favor describa): _____ <input type="checkbox"/> El cliente no sabe <input type="checkbox"/> El cliente prefiere no contestar	

RHY Entry Assessment		
Recursos de Referencia		
<input type="checkbox"/> Autorreferencia <input type="checkbox"/> Individuo/Padre/Tutor/Pariente/Amigo/Padre de crianza/Otro individuo <input type="checkbox"/> Programa de Extensión Número de veces que los agentes de extensión se acercaron antes de ek proyecto: _____ <input type="checkbox"/> Refugio Temporal <input type="checkbox"/> Refugio Residencial <input type="checkbox"/> Línea Directa <input type="checkbox"/> Bienestar Infantil/CPS <input type="checkbox"/> Justicia Juvenil <input type="checkbox"/> Cumplimiento de la Ley/Policía <input type="checkbox"/> Hospital Mental <input type="checkbox"/> Escuela <input type="checkbox"/> Otra organización <input type="checkbox"/> El cliente no sabe <input type="checkbox"/> El cliente prefiere no contestar		
Cuestiones Críticas de Familia		Status
Desempleo-Miembro de la familia		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Problemas de salud mental-Miembro de la familia		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Discapacidad Física-Miembro de la Familia		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Trastorno por consumo de alcohol o sustancias-Miembro de la familia		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Ingresos insuficientes para sustentar al joven-Miembro de la familia		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Padre o madre encarcelado del joven		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Formalmente un Pupilo de:		
Sistema	Número de años	Si es menos de un año (número de meses)
Sistema de justicia juvenil <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Menos de un año <input type="checkbox"/> 1 a 2 años <input type="checkbox"/> 3 a 5 años o más	_____
<input type="checkbox"/> Agencia de bienestar infantil/cuidado de crianza <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Menos de un año <input type="checkbox"/> 1 a 2 años <input type="checkbox"/> 3 a 5 años o más	_____
Se Necesita Asistencia de Traducción (HoH Only)		
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> El cliente no		
Idioma Preferido		
<input type="checkbox"/> Árabe <input type="checkbox"/> Armenia <input type="checkbox"/> Camboyano <input type="checkbox"/> Cantonés <input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Francés <input type="checkbox"/> Alemán <input type="checkbox"/> Hmong <input type="checkbox"/> Italiano <input type="checkbox"/> Japonés <input type="checkbox"/> Coreano <input type="checkbox"/> Mandarín <input type="checkbox"/> Mien <input type="checkbox"/> Portugués <input type="checkbox"/> Ruso <input type="checkbox"/> Samoano <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Tagalo <input type="checkbox"/> Tailandés <input type="checkbox"/> Vietnamita <input type="checkbox"/> Idioma Preferido Diferente Si es un idioma preferido diferente, <i>especifique</i> : _____		