

Client ID: _____

Project Name: _____

Staff Name: _____

Intake and Enrollment Form RHY Outreach

For persons entering HIMS project type: **RHY Outreach**

| 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.?) | | | | |
| <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> El cliente no sabe <input type="checkbox"/> 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 | | | | |
| <input type="checkbox"/> Sí mismo <input type="checkbox"/> Hijo <input type="checkbox"/> Hija <input type="checkbox"/> Niño dependiente <input type="checkbox"/> Cónyuge o pareja <input type="checkbox"/> Otra relación familiar | | | | |
| <input type="checkbox"/> Otra no relacionada | | | | |
| Fecha de Inicio del Proyecto: | ___/___/___ | | | |
| Fecha de Compromiso: | ___/___/___ | | | |
| Evaluación de Datos Universales | | | | |
| Condición de Discapacidad | | | | |
| <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> El cliente no sabe <input type="checkbox"/> 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 | <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 | <input type="checkbox"/> Vivienda de transición para personas sin hogar (incluyendo a jóvenes sin hogar) <input type="checkbox"/> Proyecto residencial o casa de transición con 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 | <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"/> 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 | |
| <input type="checkbox"/> El cliente no sabe <input type="checkbox"/> El cliente prefiere no contestar | | | | |

| | | |
|---|--|--|
| 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"/> De dos a seis meses |
| <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"/> 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"/> Un año o más |
| <input type="checkbox"/> El cliente no sabe | <input type="checkbox"/> El cliente prefiere no contestar | <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"/> Dos veces |
| <input type="checkbox"/> Tres veces | <input type="checkbox"/> Cuatro veces o más | <input type="checkbox"/> Cuatro veces o más |
| <input type="checkbox"/> El cliente no sabe | <input type="checkbox"/> El cliente prefiere no contestar | <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"/> 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 no sabe |
| <input type="checkbox"/> El cliente prefiere no contestar | | |
| Seguro Médico | | |
| <input type="checkbox"/> Sí | <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"/> Medicare |
| <input type="checkbox"/> MEDICAID | <input type="checkbox"/> Health Net (Medi-Cal)-Adultos | <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)-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"/> 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 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"/> Seguro Médico Estatal para Adultos (Medi-Cal) |
| <input type="checkbox"/> Programa de Servicio de Salud Indígena (IHS) | <input type="checkbox"/> Otro: _____ | <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 <i>(Responda las preguntas a continuación)</i> <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 <i>(excluyendo exactamente 6 meses)</i> | |
| <input type="checkbox"/> De 6 meses a un año <i>(excluyendo exactamente 1 año)</i> <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? <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 | |
| 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? <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 | |
| Beneficios No Montetarios | 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: <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/> | | | |
| Situación de Vida Actual | | | |
| Record the client's living situation information below | | | |
| 1. Situación de vivienda | | | |
| 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 <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 con 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"/> 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 <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 (Continue to questions 3-6) <input type="checkbox"/> No (Continue to Contact Service) <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 | | | |
| Record Contact | | | |
| Contact Service (Please list the service provided): _____ | | | |

Se Necesita Asistencia de Traducción (Solo Cabeza de Hogar)

Sí No El cliente no El cliente prefiere no contestar

Idioma Preferido

- Árabe Armenia Camboyano Cantonés Inglés
 Francés Alemán Hmong Italiano Japonés
 Coreano Mandarín Mien Portugués Ruso
 Samoano Español Tagalo Tailandés Vietnamita

Idioma Preferido Diferente

Si es un idioma preferido diferente, *especifique*: _____