



Refugio de Emergencia / Formulario de Ingreso a la calle (NIÑO)

(Complete este formulario para TODOS los niños)

Fecha de entrada: _____

Hora de llegada: _____

PRIMER NOMBRE: _____

APELLIDO: _____

SS #: _____ - _____ - _____

DOB ____ / ____ / ____

___ No sabe ___ Cliente denegó

Raza: ___ Indio americano/nativo de Alaska
___ Asiático
___ Negro/Afroamericano
___ Hawaiano nativo/isleño del Pacífico
___ Blanco

Etnicidad: ___ Hispano/Latino
___ No hispano/latino

Género: ___ Mujer
___ Varón
___ Hembra trans (MTF o macho a hembra)
___ Macho trans (FTM o hembra a macho)
___ Género no conforme (es decir: no exclusivamente masculino o femenino)

Relación con la cabeza del hogar:
___ Uno mismo (cabeza del hogar)
___ Niño de la cabeza del hogar
___ El cónyuge/pareja de la cabeza del hogar
___ Otro pariente de la cabeza del hogar
___ Otro: no relativo

¿Tiene Seguro Médico / Asistencia Médica? ___ Si ___ No

Fuente de Seguro de Salud / Asistencia Médica:

- ___ Medicaid
- ___ Medicare
- ___ Programa de Seguro Médico para Niños
- ___ Servicio Médico de la Administración de Veteranos (VA)
- ___ Seguro de Salud provisto por el empleador
- ___ Seguro de salud obtenido a través de COBRA
- ___ Seguro de salud Estatal para adultos
- ___ Cuidado de salud Indio
- ___ Otro

Medicaid ID# _____

Compañía de seguros de Medicaid:

- ___ Total Care ___ Blue Cross Blue Shield ___ Fidelis
- ___ United Healthcare ___ Molina Healthcare



www.hhccny.org
housingandhomelesscoalition@gmail.com
@hhcofcny facebook.com/hhccny
315-428-2216

¿Tienes una DISCAPACIDAD de larga duración? ___ Si ___ No
¿Si es así? ¿Tienes determinación de discapacidad? ___ Si ___ No
¿Si es así? ¿Está recibiendo tratamiento por discapacidad corrientemente? ___ Si ___ No

Tipo de discapacidad:

___ SOLO Abuso de alcohol ___ Abuso de LOS DOS alcohol y drogas ___ SOLO Abuso de drogas
___ Condición de Salud Crónica ___ De desarrollo ___ VIH/SIDA
___ Salud mental ___ Salud física

Date of Engagement: ___/___/___
(Complete upon client entering Service Plan development or fully completed initial assessment)

Housing Move In Date: ___/___/___ (Complete if moving into PERMANENT HOUSING)