



Emergency Shelter/ Street Outreach Intake Form (Children in Households)

(Please complete this form for ALL Children under 18 years of age)

Nombre Del Cliente: _____

Fecha De Inicio Del Proyecto: _____

SS#: ____ - ____ - ____ **DOB** ____/____/____

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? ____ Sí ____ 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

¿Tienes una DISCAPACIDAD de larga duración? ____ Sí ____ No

¿Si es así? ¿Tienes determinación de discapacidad? ____ Sí ____ No

¿Si es así? ¿Está recibiendo tratamiento por Discapacidad corrientemente? ____ Sí ____ 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 {RRH, PSH or OPH})