





**Situación de la vivienda transitoria y permanente:**

- Hotel o Motel pagado sin comprobante de emergencia     Propiedad del cliente, sin subsidio de vivienda en curso  
 Propiedad del cliente, con subsidio de vivienda en curso  
 Vivienda permanente (excepto RRH) para personas sin hogar  
 Alquiler por cliente, sin subsidio de vivienda en curso     Alquiler por cliente, con subsidio VASH  
 Alquiler por cliente, con subsidio GPD TIP     Alquiler por cliente, con otro subsidio de vivienda en curso  
 Proyecto residencial o casa intermedia sin criterios de desamparados  
 En la habitación/apartamento/casa de un miembro de la familia  
 En la habitación de un amigo/apartamento/casa  
 Vivienda transitoria para personas sin hogar por hijos (incluidos los jóvenes sin hogar)

**Preguntas de la Situación de los Desamparados:**

**Duración en su vivienda anterior:**

- Un día o menos     Dos días a una semana     Mas de una semana, menos de un mes  
 Uno a tres meses     Mas de tres meses, menos de un año     Un año o mas

**Fecha aproximada en que comenzó la falta de vivienda:** \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

**# de veces (episodios) en la calle o en un Refugio de Emergencia dentro de 3 años:** \_\_1\_\_ \_\_2\_\_ \_\_3\_\_ \_\_4\_\_ o mas

**Número total de meses en la calle o en un Refugio de Emergencia dentro de 3 años** \_\_\_\_ Meses

**Sin hogar / Vivienda en Riesgo razón Principal: (Selecta/ Identifica #1 y #2)**

- |  |  |  |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Conflicto en el hogar   | <input type="checkbox"/> Conflicto con guardián        | <input type="checkbox"/> Subempleo / Bajos ingresos  |
| <input type="checkbox"/> Actividad criminal      | <input type="checkbox"/> Violencia Domestica           | <input type="checkbox"/> Desalojo                    |
| <input type="checkbox"/> Salud/Seguridad         | <input type="checkbox"/> Falta de vivienda suficiente  | <input type="checkbox"/> Pérdida de cuidado de niños |
| <input type="checkbox"/> Pérdida de empleo       | <input type="checkbox"/> Pérdida de Asistencia Publica | <input type="checkbox"/> Pérdida de Transportación   |
| <input type="checkbox"/> Condición Médica        | <input type="checkbox"/> Salud mental                  | <input type="checkbox"/> Ejecución Hipotecaria       |
| <input type="checkbox"/> Acuerdo Mutuo (Respiro) | <input type="checkbox"/> No hay viviendas asequibles   | <input type="checkbox"/> Descargo de un Institución  |
| <input type="checkbox"/> Abuso de Sustancias     | <input type="checkbox"/> Utilidades apagada            | <input type="checkbox"/> Vivienda Subestándar        |

**Ingreso:**

**¿Tienes Ingresos?**     Sí     No

**Ingreso mensual total \$** \_\_\_\_\_

Fuente de ingresos y la cantidad:

\$ \_\_\_\_ Ingresos por jubilación o jubilación de otro trabajo

\$ \_\_\_\_ Seguro privado de Discapacidad

\$ \_\_\_\_ Ingresos por Discapacidad del Seguro Social (SSDI)

\$ \_\_\_\_ Temporal para Ayudar a Familias Necesitadas (TANF)

\$ \_\_\_\_ Pensión de Invalidez no relacionada Con el Servicio VA

\$ \_\_\_\_ Compensación de Trabajador

\$ \_\_\_\_ Ingresos de Jubilación del Seguro Social

\$ \_\_\_\_ Ingresos del Seguro Social (SSI)

\$ \_\_\_\_ Seguro de Desempleo

\$ \_\_\_\_ Compensación de Invalidez Relacionada con el Servicio VA



**Beneficios no Monetarios:**

¿Tiene beneficios no monetarios?  Sí  No Ingreso mensual total \$ \_\_\_\_\_

Fuente de beneficios no monetarios:

- \$ \_\_\_\_\_ Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (SNAP) (HUD) (Anteriormente conocido como cupones)
- \$ \_\_\_\_\_ Programa especial de nutrición suplementaria (WIC) (HUD)
- \$ \_\_\_\_\_ Servicios de cuidado infantil TANF (HUD)
- \$ \_\_\_\_\_ Servicios de transporte TANF (HUD)
- \$ \_\_\_\_\_ Otros servicios financiados por TANF (HUD); Si es otro, especificar: \_\_\_\_\_

**Seguro Medico:**

¿Tiene Seguro Médico / Asistencia Médica?  Sí  No

- 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

**Estado de Invalidez:**

¿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

¿Es usted una Víctima / Sobreviviente de Violencia Doméstica?  Sí  No

¿Si es así? ¿Cuándo fue la última vez que ocurrió?:

- Dentro de 3 meses  3 a 6 meses  6 a 12 meses  Mas de 12 meses
- Denegó

¿ Corrientemente estás Huyendo?  Sí  No

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)