**ServicePoint Iowa entrada básica – para adultos ServicePoint ID #: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nombre del cliente:**  (escribir en nombre y seleccione opción de calidad de datos 1):**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**    \_\_\_ Nombre completo \_\_\_Partial, calle o nombre del código de \_\_\_Client no sabe \_\_\_Client se negó | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Número de seguro social (SSN)**  (escribir en SSN y Compruebe la opción de calidad de datos 1):**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**    \_\_\_Full SSN \_\_\_Approx. o parcial SSN \_\_\_Client no sabe \_\_\_Client se negó | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Veterano militar de los Estados Unidos**  \_\_\_Si \_\_\_No \_\_\_Client no sabe \_\_\_Client se negó | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Fecha cliente entró en proyecto:**\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_    **Nombre del proyecto:**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Número de personas en casa:** \_\_\_1 (cliente) \_\_\_More de 1 (familiares o del hogar)    **Si más de 1: relación del cliente en la casa: \_\_\_**  **Número total de clientes en el hogar**:  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Complete un formulario separado para cada persona (4 formulario de página para cada adulto, formulario de 1 página para cada niño) | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Relación de HUD al cabeza de familia**:  \_\_\_Head \_\_\_Self (cabeza de familia) del cónyuge o compañero de hogar  \_\_\_Head de familia de otras \_\_\_Other de miembros de la relación: miembro de la no relación  \_\_\_Head de \_\_\_Client de niño de la familia no sabe  \_\_\_Client se negó | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Fecha de nacimiento (DOB)**  (escribir en DOB y Compruebe la opción de calidad de datos 1): **\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **\_**\_\_\_Full DOB \_\_\_Approx. o parcial DOB \_\_\_Client no sabe \_\_\_Client se negó | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Carrera** (marque hasta 2):  \_\_\_American indio o nativo de Alaska \_\_\_Asian \_\_\_Black o afroamericano  \_\_\_Native hawaiano/isleño del Pacífico \_\_\_White  \_\_\_Client no sabe \_\_\_Client se negó | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Género**:  \_\_\_Female \_\_\_Male \_\_\_Does no se identifican como M/F/T \_\_\_Transgender macho  \_\_\_Transgender hembra hembra macho \_\_\_Client no sabe \_\_\_Client se negó | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Origen étnico**:  \_\_\_Hispanic de \_\_\_Non-no-hispanos/latinos \_\_\_Client no sabe \_\_\_Client se negó | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Cliente tiene una discapacidad de larga duración** (marque 1 y completa red de abajo):    \_\_\_Si \_\_\_No \_\_\_Client no sabe \_\_\_Client se negó | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Detalle de la discapacidad** Círculo para cada tipo de discapacidad**: Y = sí N = No DK = Doesn ' t Know R = rechazó** | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Tipo de discapacidad** | Tiene discapacidad | **EN CASO AFIRMATIVO:** | | A largo plazo | | | Deteriora la capacidad de vivir independientemente | | | | Documenta-ción en el archivo | | | Servicios o tratamiento | | | |
| **Abuso de alcohol** | Y DK N R | Y N | | | Y DK N R | | | | Y N | | | Y DK N R | | | |
| **Abuso de drogas** | Y DK N R | Y N | | | Y DK N R | | | | Y N | | | Y DK N R | | | |
| **Tanto abuso de alcohol y las drogas** | Y DK N R | Y N | | | Y DK N R | | | | Y N | | | Y DK N R | | | |
| **Condición de salud crónica** | Y DK N R | Y N | | | Y DK N R | | | | Y N | | | Y DK N R | | | |
| **Discapacidad en el desarrollo** | Y DK N R | Y N | | | Y DK N R | | | | Y N | | | Y DK N R | | | |
| **VIH/SIDA** | Y DK N R | Y N | | | Y DK N R | | | | Y N | | | Y DK N R | | | |
| **Problema de salud mental** | Y DK N R | Y N | | | Y DK N R | | | | Y N | | | Y DK N R | | | |
| **Discapacidad física** | Y DK N R | Y N | | | Y DK N R | | | | Y N | | | Y DK N R | | | |
| **Cubierto por seguro médico** (marque 1 y completa red de abajo):  \_\_\_Si \_\_\_No \_\_\_Client no sabe \_\_\_Client se negó | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Tipo de seguro | | Sí | | No | | Tipo de seguro | | | | | | | | | Sí | No | |
| MEDICAID | |  | |  | | Seguro proporcionado por el empleador | | | | | | | | |  |  | |
| MEDICARE | |  | |  | | Seguro de salud a través de COBRA | | | | | | | | |  |  | |
| Seguro de salud infantil del estado | |  | |  | | Seguro de salud privado paga | | | | | | | | |  |  | |
| Admin. de los veteranos servicios médicos | |  | |  | | Estado seguro de salud para adultos | | | | | | | | |  |  | |
| Programa de servicios de salud indígena | |  | |  | | Otros (especificar): \_\_\_ | | | | | | | | |  |  | |
|  | |  | |  | |  | | | | | | | | |  |  | |
| **Ubicación del cliente:** \_\_\_IA-500 (Sioux City/Woodbury County)  \_\_\_IA-501 (Balance de Iowa del estado)  \_\_\_IA-502 (Condado de Des Moines/Polk) | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Condado en Enrollment\_\_\_** | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Código postal de la última dirección permanente: \_\_\_**  (Apartamento, habitación o casa donde el cliente último vivió durante 90 días o más) | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Tipo de situación de vida en la noche antes de la entrada (elegir una de las tres categorías siguientes):**    ***Categoría 1: situación de sin hogar*** \_\_\_Client no sabe \_\_\_Client se negó  \_\_\_Place no destinado para habitación  \_\_\_Emergency refugio, incluyendo hotel o motel pagado con vales de refugio de emergencia  \_\_\_Safe refugio  Vivienda \_\_\_Interim    **Duración de la estancia en situación de vida de la noche anterior:**  \_\_\_One mes de \_\_\_One noche o menos o más pero menos de 90 días  \_\_\_Two 6 noches \_\_\_90 días o más, pero menos de un año  \_\_\_One semana o más, pero menos de un mes \_\_\_One año o más  \_\_\_Client no sabe \_\_\_Client se negó    **Comenzó a personas sin hogar aproximada fecha: \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_**  **Cómo determinar la fecha aproximada de vivienda comenzó** : Tiene el cliente mirar atrás a cuando comenzó a la hora actual en las calles o refugios de emergencia. Si estaban en las calles o refugios y luego me alojé en la vivienda por menos de 7 días, incluye el tiempo en la vivienda. Si estaban en las calles o refugios y luego me alojé en una institución por menos de 90 días, incluye el tiempo en la institución. | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ***Categoría 2: Situación institucional***  \_\_\_Foster grupo cuidado cuidado foster o casa hogar  \_\_\_Hospital o en otra institución médica no psiquiátrica residencial  \_\_\_Jail, prisión o centro de detención juvenil  Centro de atención \_\_\_Long-término u hogar de ancianos  \_\_\_Psychiatric hospital u otro centro psiquiátrico  Centro de servicio o desintoxicación de tratamiento abuso \_\_\_Substance    **Duración de la estancia en situación de vida de la noche anterior:**  \_\_\_One noche o menos \_\_\_One mes o más, pero menos de 90 días  \_\_\_Two para seis noches \_\_\_90 días o más, pero menos de un año  \_\_\_One semana o más, pero menos de un mes Año de \_\_\_One o más  \_\_\_Client no sabe \_\_\_Client se negó    **¿Si ha seleccionado una de las opciones sombreadas por encima, estaban en las calles o en ES antes de eso? \_\_\_Y \_\_\_N**  **Si es así, falta de vivienda de fecha aproximada iniciado: \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_**  **Si No selecciona la opción sin sombra, uso la fecha de entrada como la aproximada fecha de falta de vivienda iniciado (ES/SO solamente)** | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ***Categoría 3: Situación de vivienda transitoria y permanente***  \_\_\_Hotel o motel pagado sin el vale de refugio de emergencia  \_\_\_Owned por el cliente, sin subsidio de vivienda permanente  \_\_\_Owned por cliente, con subsidio de vivienda permanente  \_\_\_Permanent de vivienda para personas sin hogar antes  \_\_\_Rental por el cliente, sin subsidio de vivienda permanente  \_\_\_Rental por cliente, con subsidio VASH  \_\_\_Rental por cliente, con subsidio punta de GPD  \_\_\_Rental por cliente, con otro subsidio de vivienda permanente  Proyecto de \_\_\_Residential o casa sin criterios sin hogar  \_\_\_Staying o viviendo en la habitación, apartamento o casa de un miembro de la familia  \_\_\_Staying o viviendo en la habitación, apartamento o casa de un amigo  \_\_\_Transitional de vivienda para personas sin hogar (incluidos los jóvenes sin hogar)  \_\_\_\_\_Other (specify):\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_    **Duración de la estancia en situación de vida de la noche anterior:**  \_\_\_One noche o menos \_\_\_One mes o más, pero menos de 90 días  \_\_\_Two para seis noches \_\_\_90 días o más, pero menos de un año  \_\_\_One semana o más, pero menos de un mes \_\_\_One año o más  \_\_\_Client no sabe \_\_\_Client se negó    **¿Si ha seleccionado una de las opciones sombreadas por encima, estaban en las calles o en ES antes de eso? \_\_\_Y \_\_\_N**  **Si es así, falta de vivienda de fecha aproximada iniciado: \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_**  **Si No selecciona la opción sin sombra, uso la fecha de entrada como la aproximada fecha de falta de vivienda iniciado (ES/SO solamente)** | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ***Independientemente de donde se quedaron ayer por la noche* : Número de veces que el cliente ha estado en las calles o en refugios de emergencia en los últimos tres años** (contando estancia actual):  \_\_\_ Nunca en 3 años \_\_\_One tiempo \_\_\_Two veces \_\_\_Three veces  \_\_\_Four o más veces \_\_\_Client no sabe \_\_\_Client se negó | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Número total de meses sin hogar en la calle o en refugios de emergencia en los últimos 3 años:**  \_\_\_1 mes (esta vez es el primer mes) \_\_\_2 meses \_\_\_3 meses \_\_\_4 meses \_\_\_5 meses \_\_\_6 meses \_\_\_7 meses \_\_\_8 meses \_\_\_9 meses \_\_\_10 meses \_\_\_11 meses \_\_\_12 meses \_\_\_More 12 meses \_\_\_Client no sabe \_\_\_Client se negó | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Falta de vivienda principal y secundaria razón** (círculo 1 P por motivo primario y 1 S para secundaria razón)**:**    Addiction……………………………….................................. P......... S se trasladó a buscar trabajo p... S  Descargado institución sin vivienda... P......... S otros... P.... S  Desintegración de familia/divorcio/separado...... P......... Discapacidad física y Mental de la S P.... S  Violencia doméstica... P......... Salario reducido S / pérdida de ingresos p... S  Evicted …………………………………................................... P......... Reubicación de S... P.... S  Enfermedad familiar o Personal... P......... S elección de resistente/cliente de servicio. P.... S  Fuego ante desastres... P......... Asalto Sexual de S / otros delitos P.... S  Jail/Prison ………………………………................................ P......... Desempleo de S... P.... S  Health/Safety............................................................... P......... S incapaz de pagar alquiler/hipoteca P.... S | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Víctima/sobreviviente de violencia doméstica**  \_\_\_Si \_\_\_No \_\_\_Client no sabe \_\_\_Client se negó | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Si es así, cuando la experiencia DV se ha producido:**  \_\_\_Within el pasado \_\_\_Three de tres meses hace seis meses hace seis a doce meses de \_\_\_From  \_\_\_More que hace un año \_\_\_Client no sabe \_\_\_Client se negó | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **En caso afirmativo, usted actualmente huyen:**  \_\_\_No \_\_\_Si \_\_\_Client no sabe \_\_\_Client se negó | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Último grado terminado:** \_\_\_ GED \_\_\_ Menos de grado 5 \_\_\_ algo de Universidad \_\_\_ Los grados 5-6  \_\_\_ grado asociado \_\_\_ Los grados 7-8 \_\_\_ Licenciatura \_\_\_ Los grados 9-11 \_\_\_ certificación profesional  \_\_\_ Diploma de la escuela 12 / alta que cliente no sabe de grado \_\_\_ La escuela no tiene niveles de grado  \_\_\_ cliente rechazó | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **¿Empleado?**  \_\_\_Si \_\_\_No \_\_\_Client no sabe \_\_\_Client se negó | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **¿Ingresos de cualquier fuente?**  \_\_\_Si \_\_\_No \_\_\_Client no sabe \_\_\_Client se negó | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Total ingresos mensuales**  (escribir en total $ cantidad aquí y rejilla completa más abajo): $\_\_\_ | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Recibe fuentes de ingresos:** | | | | **Sí** | | **Mensual $** | | | | | **No** | | | **No recogidos** | | | |
| Pensión alimenticia u otros de manutención | | | |  | |  | | | | |  | | |  | | | |
| Manutención de los hijos | | | |  | |  | | | | |  | | |  | | | |
| Ingresos del trabajo | | | |  | |  | | | | |  | | |  | | | |
| Asistencia general | | | |  | |  | | | | |  | | |  | | | |
| Ingresos de pensión o jubilación de un trabajo | | | |  | |  | | | | |  | | |  | | | |
| Seguro privado de incapacidad | | | |  | |  | | | | |  | | |  | | | |
| Ingresos de jubilación de la seguridad social | | | |  | |  | | | | |  | | |  | | | |
| Ingreso de discapacidad del seguro social (SSDI) | | | |  | |  | | | | |  | | |  | | | |
| Seguridad de ingreso suplementario (SSI) | | | |  | |  | | | | |  | | |  | | | |
| TANF (FIP) | | | |  | |  | | | | |  | | |  | | | |
| Seguro de desempleo | | | |  | |  | | | | |  | | |  | | | |
| Pensión de invalidez conectado de servicio no VA | | | |  | |  | | | | |  | | |  | | | |
| Compensación de incapacidad relacionada con el servicio de VA | | | |  | |  | | | | |  | | |  | | | |
| Compensación del trabajador | | | |  | |  | | | | |  | | |  | | | |
| Otros (especificar): | | | |  | |  | | | | |  | | |  | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Beneficios no monetarios de cualquier fuente** (marque uno y completar la rejilla de abajo):  \_\_\_Si \_\_\_No \_\_\_Client no sabe \_\_\_Client se negó | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Recibe los siguientes tipos de beneficios no monetarios:** | | | | | | | | | **Sí** | **No** | | | **No recogidos** | | | | |
| Supplemental Nutrition Assistance programa (SNAP) (estampillas de comida) | | | | | | | | |  |  | | |  | | | | |
| Especial de nutrición suplementaria para mujeres, bebés, niños (WIC) | | | | | | | | |  |  | | |  | | | | |
| Servicios de cuidado infantil en el TANF | | | | | | | | |  |  | | |  | | | | |
| Servicios de transporte de TANF | | | | | | | | |  |  | | |  | | | | |
| Otros servicios financiados por el TANF | | | | | | | | |  |  | | |  | | | | |
| Sección 8, vivienda pública u otra asistencia de alquiler permanente | | | | | | | | |  |  | | |  | | | | |
| Asistencia de alquiler temporario | | | | | | | | |  |  | | |  | | | | |
| Otros (especificar): | | | | | | | | |  |  | | |  | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **SÓLO para Rapid Rehousing proyectos:**  **Residencial nueva fecha: \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_** | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **SÓLO por extensión calle o refugios de emergencia por la noche:**  **Fecha de contacto: \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_**  **Ubicación de contacto:**  \_\_\_Place no significado para habitación \_\_\_Service ajuste, \_\_\_ no residencial servicio de ajuste, residencial | | | | | | | | | | | | | | | | | |