**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... SDescargado institución sin vivienda... P......... S otros... P.... S Desintegración de familia/divorcio/separado...... P......... Discapacidad física y Mental de la S P.... SViolencia doméstica... P......... Salario reducido S / pérdida de ingresos p... SEvicted …………………………………................................... P......... Reubicación de S... P.... SEnfermedad familiar o Personal... P......... S elección de resistente/cliente de servicio. P.... SFuego ante desastres... P......... Asalto Sexual de S / otros delitos P.... SJail/Prison ………………………………................................ P......... Desempleo de S... P.... SHealth/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 |