**Salida básica de ServicePoint Iowa — para adultos ServicePoint ID #: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**SALIDA fecha: \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ nombre del proyecto: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

|  |
| --- |
| **Razón de irse:**\_\_\_ A nuevo programa \_\_\_Aged programa\_\_\_ Completados programa \_\_\_ actividad/violencia Criminal \_\_\_ \_\_\_ Muerte desacuerdo con las reglas / personas \_\_\_ Dejó para oportunidad de vivienda antes de terminar el programa \_\_\_ Puede no ser necesidades por proyecto \_\_\_ incumplimiento con proyecto \_\_\_ Falta de pago de alquiler \_\_\_ carga de ocupación alcanzó el tiempo máximo por proyecto\_\_\_ Other \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Desconoce / desaparecidos \_\_\_Voluntary descanso en la estancia del refugioPago voluntario \_\_\_ |
| **Destino:**\_\_\_Deceased\_\_\_Emergency refugio, incluyendo hotel o motel pagado con vales de refugio de emergencia (HUD)\_\_\_Foster cuidado cuidado hogar o acogida grupo hogar (HUD)\_\_\_Hospital o en otra institución médica no psiquiátrica residencial (HUD)\_\_\_Hotel o motel pagado sin el vale de alojamiento de emergencia (HUD)\_\_\_Jail, prisión o centro de detención juvenil (HUD) Centro de atención \_\_\_Long-término o reposo (HUD)\_\_\_Moved de uno HOPWA financió proyecto de HOPWA PH (HUD)\_\_\_Moved de uno HOPWA financió proyecto de HOPWA TH (HUD)\_\_\_Owned por el cliente, sin subsidio de vivienda permanente (HUD)\_\_\_Owned por cliente, con subsidio de vivienda permanente (HUD)\_\_\_Permanent de vivienda para personas sin hogar antes (HUD)\_\_\_Place no destinado a vivienda (HUD)\_\_\_Psychiatric hospital u otro centro psiquiátrico (HUD)\_\_\_Rental por el cliente, sin subsidio de vivienda permanente (HUD)\_\_\_Rental por cliente, con subsidio VASH (HUD)\_\_\_Rental por cliente, con subsidio punta GPD (HUD)\_\_\_Rental por cliente, con otro subsidio de vivienda permanente (HUD) Proyecto de \_\_\_Residential o casa sin criterios sin hogar (HUD)\_\_\_Safe Haven (HUD)\_\_\_Staying o vivir con familiar, permanente arrendamiento (HUD)\_\_\_Staying o vivir con la tenencia familiar, temporal (por ejemplo, habitación, apartamento o house)(HUD)\_\_\_Staying o estar con amigos, tenencia permanente (HUD)\_\_\_Staying o estar con amigos, tenencia temporal (por ejemplo, habitaciones o house)(HUD)\_\_\_Substance abuso instalación o desintoxicación centro de tratamiento (HUD)\_\_\_Transitional de vivienda para personas sin hogar (incluidos los jóvenes sin hogar) (HUD)\_\_\_\_\_Other (specify): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_No salida entrevista completado (HUD)\_\_\_Client no sabe \_\_\_Client se negó  |
|  |
| **Cliente tiene una discapacidad de larga duración** (marque 1 y llene después de red): \_\_\_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: \_\_\_ |   |   |
|   |   |   |   |   |   |
| **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 cantidad $ total y completa red de abajo): **TOTAL $\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |
| **Recibe fuentes de ingresos:** | **Sí** | **Monto mensual de $** | **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 |   |   |   |   |
| SSDI |   |   |   |   |
| SSI |   |   |   |   |
| TANF |   |   |   |   |
| 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 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 |
|  |
| **SÓLO para Rapid Rehousing proyectos:** **Residencial nueva fecha: \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_** |
|  |
| **SÓLO para proyectos de prevención de personas sin hogar:** **Vivienda evaluación de salida:** \_\_\_Able para mantener la vivienda que habían en \_\_\_Moved de entrada para vivienda nueva\_\_\_Moved con familiares y amigos en \_\_\_Moved temporal con familiares y amigos en forma permanente\_\_\_Moved a un centro de alojamiento temporal o transitorio o un programa\_\_\_Client llegó a ser sin hogar – (movido a refugio o en lugar no destinado para habitación)\_\_\_Client fue a la cárcel/prisión \_\_\_Client muerto \_\_\_Client no sabe \_\_\_Client se negó**Si capaz de mantener la vivienda:**  \_\_\_Without un \_\_\_With de subsidio el subsidio al ingreso del proyecto \_\_\_With en curso subsidio logrado después de \_\_\_Only de entrada con asistencia financiera que no sea un subsidio**Si se movió en la nueva unidad de vivienda:**      Subsidio de en curso de \_\_\_With en curso subsidio \_\_\_Without |