**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 refugio  Pago 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 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |