

Formulario de datos de HMIS para el proyecto ENTRADA – Todos los proyectos (revisada el 21.11.2023)

Use este formulario para todos los adultos (edad 18+) y para jóvenes <18 años de edad que son el jefe de familia.

DATOS PARA TODOS LOS CLIENTES HoH ID DE CLIENTE HMIS # _____ (SI SE CONOCE)

Responda las siguientes preguntas para todos los miembros del hogar, tanto adultos como niños. Se debe incluir un formulario separado para cada miembro del hogar.

*Nota: Cuando dos o más personas menores de 18 años se presenten juntas en un proyecto y una de las personas que se presente no sea hijo de la otra (por ejemplo, hermano y hermana), cada persona debe ingresar como su propio registro en su propio hogar. Es importante crear registros separados para las personas menores de 18 años que se presentan juntas para comprender mejor la falta de vivienda entre los jóvenes. No se permite que ingresarlos por separado sea una barrera o afecte la recepción de futuras intervenciones. Si dos menores están presentes junto con un niño, los dos menores deben ser registrados en hogares separados. El niño debe agregarse al hogar del padre con el que viviría en caso de que los padres se separen por cualquier motivo. (De los Estándares de Datos de HUD 2024).

FECHA DE INICIO DEL PROYECTO (por ejemplo, 24/09/2023)

La Fecha de Inicio del Proyecto servirá como fecha de información para todos los elementos de datos recopilados en este formulario; Todos los datos deben ser precisos a partir de esta fecha, independientemente de la fecha en que se recopilaron.

| | | | | | | | | | |
|-----|--|---|-----|--|---|-----|--|--|--|
| | | / | | | / | | | | |
| Mes | | | Día | | | Año | | | |

NOMBRE (nombre, segundo nombre, apellido, sufijo, por ejemplo, Jr, Sr, III)

Los registros HMIS deben usar el nombre completo y preciso de un cliente siempre que sea posible. Si el cliente no se asocia con su nombre legal, el nombre ingresado en HMIS debe reflejar el nombre con el que el cliente se identifica, a menos que el financiador requiera un nombre legal (por ejemplo, VA).

| | |
|----------------|--|
| Nombre | |
| Segundo nombre | |
| Apellido | |
| Sufijo | |

CALIDAD DE LOS DATOS DE NOMBRE

Los proyectos de Alcance Callejero y Entrada Coordinada pueden registrar el inicio de un proyecto con información limitada sobre el cliente y mejorar la precisión y la integridad de los datos del cliente con el tiempo.

- Nombre completo reportado Parcial, Nombre de la calle, Nombre del código reportado

NÚMERO DE SEGURO SOCIAL

| | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|---|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | - | | | | | | | | |
|--|--|--|---|--|--|--|--|--|--|--|--|

FECHA DE NACIMIENTO (por ejemplo, 23/10/1978)

| | | | | | | | | | |
|-----|--|---|-----|--|---|-----|--|--|--|
| | | / | | | / | | | | |
| Mes | | | Día | | | Año | | | |

CALIDAD DE LOS DATOS DEL NÚMERO DE SEGURO SOCIAL

- SSN completo# reportado
 Número de Seguro Social aproximado o parcial reportado
 El cliente no lo sabe
 El cliente prefiere no contestar
 Datos no recopilados

CALIDAD DE LA FECHA DE NACIMIENTO

- Fecha de nacimiento completa informada
 Fecha de nacimiento aproximada o parcial notificada
 El cliente no lo sabe
 El cliente prefiere no contestar
 Datos no recopilados

CONDICIÓN DE VETERANO

El estatus de veterano se cobra para todos los adultos mayores de 18 años. Un veterano es cualquier persona que alguna vez haya estado en servicio activo en las fuerzas armadas de los Estados Unidos, independientemente del estado de baja o la duración del servicio. Consulte la Guía de datos de VA (https://www.va.gov/HOMELESS/ssvf/docs/SSVF_VA_Data_Guide.pdf) para obtener más información.

¿EL CLIENTE ES UN VETERANO?

- Sí No El cliente no lo sabe El cliente prefiere no contestar Datos no recopilados

RAZA Y ETNIA

Registre la(s) raza(s) y el origen étnico autoidentificados, según corresponda. Ayude al cliente a seleccionar tantas opciones de raza y/o etnia como se identifique.

- Indio Americano o Nativo de Alaska o Indígena Asiático o Asiático-Americano
 Negro, afroamericano o africano Hispano/Latina/e/o
 Oriente Medio o Norte de África Nativo de Hawái o de las islas del Pacífico
 Blanco El cliente prefiere no contestar
 El cliente no lo sabe Datos no recopilados

Detalles adicionales sobre raza y etnia: _____

GÉNERO

¿Cuál de estos géneros describe mejor cómo se identifica el cliente?

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Mujer (Niña, si es niña) | <input type="checkbox"/> Hombre (niño, si es niño) |
| <input type="checkbox"/> Transgénero | <input type="checkbox"/> Identidad culturalmente específica (por ejemplo, Dos Espíritus) |
| <input type="checkbox"/> Identidad diferente _____ | <input type="checkbox"/> El cliente prefiere no contestar |
| <input type="checkbox"/> El cliente no lo sabe | <input type="checkbox"/> Datos no recopilados |

*** ORIENTACIÓN SEXUAL REQUERIDA SOLO PARA PSH

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Heterosexual | <input type="checkbox"/> Lesbiana |
| <input type="checkbox"/> Gay | <input type="checkbox"/> Bisexual |
| <input type="checkbox"/> Cuestionamiento/inseguridad | <input type="checkbox"/> El cliente prefiere no contestar |
| <input type="checkbox"/> Otro: _____ | <input type="checkbox"/> El cliente no lo sabe |
| <input type="checkbox"/> Datos no recopilados | |

RELACIÓN CON EL JEFE DE FAMILIA

En un hogar de una sola persona, esa persona debe ser identificada como cabeza de familia. En los hogares con varias personas, una persona debe ser designada como cabeza de familia y el resto debe tener registrada su relación con el jefe de familia. Si el grupo de personas está compuesto por adultos y niños, se debe indicar a un adulto como cabeza de familia.

- Self (Jefe de Familia)
- Hijo del Jefe de Familia
- Cónyuge o pareja del Jefe de Familia
- Otro pariente del jefe de familia (otro pariente con el jefe de familia)
- Otro: Miembro no relacionado

COC DE INSCRIPCIÓN

- NY-500 NY-513

CONDADO DONDE EL CLIENTE SE ENCUENTRA FÍSICAMENTE.

- Monroe Ontario Seneca Wayne Yates

CÓDIGO POSTAL DE LA ÚLTIMA DIRECCIÓN PERMANENTE

Código postal _____

MOTIVO DE LA FALTA DE VIVIENDA PRIMARIA/SECUNDARIA (Marque uno en cada columna. Pueden ser lo mismo).

| Primario | Secundario | Fuente |
|--------------------------|--------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Trastorno concurrente |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Actividad delictiva |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Víctima de Violencia Doméstica |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Desalojo por parte del inquilino principal (presentado por familiares o amigos) |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Desalojo (Arrendador/Tribunal) |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Disfunción/conflicto familiar (no DV) |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Fuego |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Problemas de salud/seguridad (violaciones del código) |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Pérdida de ingresos |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Pérdida de transporte |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Dolencia |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Salud mental |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Ejecución hipotecaria |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Desastre natural |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Liberación reciente de la cárcel/prisión |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Reubicación desde fuera de Monroe Country |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Abuso |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Cierre de servicios públicos |

SITUACIÓN DE VIDA ANTERIOR (¿Dónde durmió el cliente anoche?) Marque uno.

Situaciones de personas sin hogar

- Lugar no destinado a ser habitado (HUD)
- Refugio de emergencia, incluido el hotel o motel pagado por el vale de refugio de emergencia (HUD)
- Refugio seguro

Situaciones institucionales

- Hogar de crianza temporal u hogar grupal de crianza temporal (HUD, por sus siglas en inglés)
- Hospital u otro centro médico residencial no psiquiátrico (HUD, por sus siglas en inglés)
- Cárcel, prisión o centro de detención juvenil (HUD, por sus siglas en inglés)
- Centro de atención a largo plazo o hogar de ancianos (HUD, por sus siglas en inglés)
- Hospital psiquiátrico u otro centro psiquiátrico (HUD, por sus siglas en inglés)
- Centro de tratamiento por abuso de sustancias o centro de desintoxicación (HUD, por sus siglas en inglés)

Situaciones de Vivienda Temporal

- Vivienda de transición para personas sin hogar (incluidos los jóvenes sin hogar) (HUD)
- Proyecto residencial o casa de transición sin criterios de personas sin hogar (HUD)
- Hotel o motel pagado con un vale de refugio de emergencia (HUD)
- Hotel o motel pagado sin vale de refugio de emergencia (HUD)
- Anfitrión (sin crisis) (HUD)
- Quedarse o vivir en la habitación, apartamento o casa de un amigo (HUD)
- Quedarse o vivir en la habitación, apartamento o casa de un miembro de la familia (HUD)

Situación de Vivienda Permanente

- Alquiler por cliente, sin subsidio de vivienda continuo (HUD)
- Alquiler por cliente, con subsidio de vivienda en curso (HUD) (***Seleccione el subsidio de la lista a continuación.**)
- Propiedad del cliente, con subsidio de vivienda continuo (HUD)
- Propiedad del cliente, sin subsidio de vivienda continuo (HUD)

Otro

- El cliente no lo sabe
- El cliente prefiere no contestar
- Datos no recopilados

***SI EL CLIENTE RECIBE UN SUBSIDIO DE ALQUILER, ¿CUÁL?**

- Subsidio de vivienda GPD TIP
- Subsidio de vivienda VASH
- RRH o subsidio equivalente
- Vale de HCV (basado en el inquilino o en el proyecto) (no dedicado) Incluye HCV sin servicios emparejados.
- Unidad de vivienda pública
- Alquiler por cliente, con otras ayudas a la vivienda en curso
- Bono de Estabilidad de Vivienda
- Vale del Programa de Unificación Familiar (FUP)
- Iniciativa de Jóvenes de Acogida a la Independencia (FYI)
- Vivienda de Apoyo Permanente
- Otras viviendas permanentes dedicadas a personas que antes no tenían hogar

SI LA RESIDENCIA ANTERIOR ERA UN REFUGIO DE EMERGENCIA, ¿CUÁL?

- Casa de Betania
- Centro Católico de la Familia Francis Center
- Casa Santuario del Centro Familiar Católico
- Centro para la Juventud- BCP Shelter RHY
- Centro para la Juventud- La Casa del Centro
- Ubicaciones de emergencia en hoteles del DHS
- Eagle Star ES temporal
- Promesa familiar del área metropolitana de Rochester
- Casa de la Gracia Temporal
- Casa de la Misericordia
- Misión de Puertas Abiertas
- Proyecto HAVEN
- ALCANZAR
- Emergencia de Booth Haven del Ejército de Salvación
- Casa de la Esperanza del Ejército de Salvación
- Vivienda de emergencia Tempro
- Refugio de emergencia para hombres de la VOA
- VOA La Casa de Huéspedes
- Centro Willow para la Violencia Doméstica
- Vivienda de emergencia de la YWCA
- N/A se usa solo si el cliente NO estaba en un refugio (HUD)

SOLO para Alcance en la Calle (SO), Refugio de Emergencia (ES) y Refugio Seguro (SH)

CUÁNTO TIEMPO EN LA SITUACIÓN DE VIDA ANTERIOR COMO SE INDICÓ ANTERIORMENTE. (SO, ES, SH)

- Una noche o menos
- De dos a seis noches
- Una semana o más, pero menos de un mes
- Un mes o más, pero menos de 90 días
- 90 días o más, pero menos de un año
- Un año o más
- El cliente no lo sabe
- El cliente prefiere no contestar
- Datos no recopilados

FECHA APROXIMADA EN QUE COMENZÓ ESTE EPISODIO DE SINHOGARISMO (SO, ES, SH)

| | | | | | | | | | |
|-----|--|---|-----|--|---|-----|--|--|--|
| | | / | | | / | | | | |
| Mes | | | Día | | | Año | | | |

INDEPENDIEMENTE DE DÓNDE SE ALOJARON ANOCHE - Número de veces que el cliente ha estado en las calles, en ES o SH en los últimos tres años, incluido el día de hoy (SO, ES, SH)

- Una vez
- Dos veces
- Tres veces
- Cuatro o más veces
- El cliente no lo sabe
- El cliente prefiere no contestar
- Datos no recopilados

**NÚMERO TOTAL DE MESES SIN HOGAR EN LA CALLE, en es, o SH EN LOS ÚLTIMOS TRES AÑOS (SO, ES, SH).
¿Cuántos meses acumulados ha estado el cliente en una situación "literalmente sin hogar" en los últimos tres años?**

- Un 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
- Más de 12 meses
- El cliente no lo sabe
- El cliente prefiere no contestar
- Datos no recopilados

➔ CONTINUAR CON LOS INGRESOS Y LOS BENEFICIOS NO MONETARIOS

PARA TODOS LOS DEMÁS PROYECTOS:

CUÁNTO TIEMPO EN LA SITUACIÓN DE VIDA ANTERIOR como se indicó anteriormente.

- Una noche o menos
- De dos a seis noches
- Una semana o más, pero menos de un mes
- Un mes o más, pero menos de 90 días
- 90 días o más, pero menos de un año
- Un año o más
- El cliente no lo sabe
- El cliente prefiere no contestar
- Datos no recopilados

SI SU SITUACIÓN DE VIDA ANTERIOR era una situación institucional, ¿permaneció menos de 90 días? Sí No

SI SU ESTADÍA fue en una situación temporal, permanente o de otro tipo, ¿se quedó menos de 7 noches? Sí No

SI LA RESPUESTA ES "SÍ" a cualquiera de las dos, ¿la noche anterior se quedó en las calles, en un refugio o en un refugio seguro? Sí No

FECHA APROXIMADA EN QUE COMENZÓ ESTE EPISODIO DE SINHOGARISMO

| | | | | | | | | | |
|-----|--|---|-----|--|---|-----|--|--|--|
| | | / | | | / | | | | |
| Mes | | | Día | | | Año | | | |

INDEPENDIEMENTE DE DÓNDE SE ALOJARON LA NOCHE ANTERIOR: número de veces que el cliente ha estado en las calles, en ES, o SH en los últimos tres años, incluido hoy.

- Una vez
- Dos veces
- Tres veces
- Cuatro o más veces
- El cliente no lo sabe
- El cliente prefiere no contestar
- Datos no recopilados

NÚMERO TOTAL DE MESES SIN HOGAR EN LA CALLE, en ES o SH en los últimos tres años. ¿Cuántos meses acumulados ha estado el cliente en una situación "literalmente sin hogar" en los últimos tres años?

- Un 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
- Más de 12 meses
- El cliente no lo sabe
- El cliente prefiere no contestar
- Datos no recopilados

Datos de ingresos y beneficios no monetarios para jefes de familia y otros adultos (todos los proyectos)

Recuerde que los ingresos y los ingresos/beneficios no monetarios para los menores en el hogar se informan en el jefe de hogar.

INGRESOS Y FUENTES

Solo registre las fuentes regulares y recurrentes que estén actualizadas a partir de hoy (es decir, que no estén terminadas). Los ingresos recibidos por un miembro menor del hogar (por ejemplo, SSI) deben registrarse en la información del Jefe de Familia (los ingresos del empleo de un menor pueden excluirse de los ingresos del hogar).

¿EL CLIENTE TIENE INGRESOS (EN EFECTIVO) DE ALGUNA FUENTE?

Sí No

↓ [EN CASO AFIRMATIVO] Responda Sí o No para cada fuente de ingresos.

Si la respuesta de una fuente es "Sí", ingrese el monto mensual recibido en función de los ingresos actuales. Si no está seguro de la cantidad mensual exacta, ingrese la mejor estimación del cliente. Responda "No" para las fuentes que han sido canceladas, incluso si se recibieron en el pasado.

| Fuente de ingresos | ¿Recibe ingresos de la fuente? | En caso afirmativo, monto mensual desde la fuente (redondeado al dólar más cercano) |
|---|--------------------------------|---|
| Ingresos del trabajo (es decir, ingresos del trabajo) | No <input type="checkbox"/> | |
| | Sí <input type="checkbox"/> | \$. 0 0 |
| Seguro de desempleo | No <input type="checkbox"/> | |
| | Sí <input type="checkbox"/> | \$. 0 0 |
| Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI, por sus siglas en inglés) | No <input type="checkbox"/> | |
| | Sí <input type="checkbox"/> | \$. 0 0 |
| Seguro de Incapacidad del Seguro Social (SSDI) | No <input type="checkbox"/> | |
| | Sí <input type="checkbox"/> | \$. 0 0 |
| Compensación por discapacidad relacionada con el servicio de VA | No <input type="checkbox"/> | |
| | Sí <input type="checkbox"/> | \$. 0 0 |
| Pensión por discapacidad no relacionada con el servicio del VA | No <input type="checkbox"/> | |
| | Sí <input type="checkbox"/> | \$. 0 0 |
| Seguro privado de invalidez | No <input type="checkbox"/> | |
| | Sí <input type="checkbox"/> | \$. 0 0 |
| Compensación de Trabajadores | No <input type="checkbox"/> | |
| | Sí <input type="checkbox"/> | \$. 0 0 |
| Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (TANF, por sus siglas en inglés) DHS# _____ | No <input type="checkbox"/> | |
| | Sí <input type="checkbox"/> | \$. 0 0 |
| Asistencia General (GA) DHS# _____ | No <input type="checkbox"/> | |
| | Sí <input type="checkbox"/> | \$. 0 0 |
| Ingresos de jubilación del Seguro Social | No <input type="checkbox"/> | |
| | Sí <input type="checkbox"/> | \$. 0 0 |
| Ingresos de pensión o jubilación de un trabajo anterior | No <input type="checkbox"/> | |
| | Sí <input type="checkbox"/> | \$. 0 0 |
| Manutención de los hijos | No <input type="checkbox"/> | |
| | Sí <input type="checkbox"/> | \$. 0 0 |
| Pensión alimenticia y otra manutención conyugal | No <input type="checkbox"/> | |
| | Sí <input type="checkbox"/> | \$. 0 0 |
| Otra fuente Especificar fuente: _____ | No <input type="checkbox"/> | |
| | Sí <input type="checkbox"/> | \$. 0 0 |
| Ingresos mensuales totales de todas las fuentes | | \$. 0 0 |

BENEFICIOS NO MONETARIOS

¿EL CLIENTE TIENE BENEFICIOS NO MONETARIOS DE ALGUNA FUENTE?

Solo registre las fuentes regulares y recurrentes que estén actualizadas a partir de hoy (no terminadas). Si un beneficio no monetario solo lo recibe un miembro menor del hogar, regístrelo en la información del jefe de familia.

Sí No



[EN CASO AFIRMATIVO] Responda "Sí" o "No" para cada fuente de beneficios no monetarios.

| Fuente de ingresos | ¿Está recibiendo beneficios de la fuente? | |
|--|---|--------------------------|
| Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (SNAP, por sus siglas en inglés) (anteriormente cupones de alimentos) | No | <input type="checkbox"/> |
| | Sí | <input type="checkbox"/> |
| Programa Especial de Nutrición Suplementaria para Mujeres, Bebés y Niños (WIC, por sus siglas en inglés) | No | <input type="checkbox"/> |
| | Sí | <input type="checkbox"/> |
| Servicios de Cuidado Infantil de TANF | No | <input type="checkbox"/> |
| | Sí | <input type="checkbox"/> |
| Servicios de transporte de TANF | No | <input type="checkbox"/> |
| | Sí | <input type="checkbox"/> |
| Otros servicios financiados por TANF | No | <input type="checkbox"/> |
| | Sí | <input type="checkbox"/> |
| Otra fuente Especificar fuente: _____ | No | <input type="checkbox"/> |
| | Sí | <input type="checkbox"/> |

SEGURO DE ENFERMEDAD

Recuerde que el seguro de salud debe ser reportado para *todos los* miembros del hogar.

¿EL CLIENTE ESTÁ ACTUALMENTE CUBIERTO POR UN SEGURO MÉDICO?

Sí No



[EN CASO AFIRMATIVO] Responda 'Sí' o 'No' para cada fuente de seguro médico. (Responda "No" para las fuentes que han sido canceladas, incluso si se recibieron en el pasado).

| No | Sí | Fuente |
|--------------------------|--------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | CIN de Medicaid # _____ |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Medicare |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Programa Estatal de Seguro Médico para Niños |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Administración de Salud de Veteranos (VHA, por sus siglas en inglés) |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Seguro de salud proporcionado por el empleador |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Seguro de salud obtenido a través de COBRA |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Seguro de salud de pago privado |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Seguro de salud estatal para adultos |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Programa de Servicios de Salud para Indígenas |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Otros Especificar fuente: _____ |

DISCAPACIDADES

Recuerde que las discapacidades deben ser reportadas para *todos los* miembros del hogar.

¿EL CLIENTE TIENE ACTUALMENTE UNA CONDICIÓN DISCAPACITANTE?

Sí No



[EN CASO AFIRMATIVO] Responda "Sí" o "No" para cada discapacidad enumerada. [EN CASO AFIRMATIVO] para la afección, se espera que sea de larga duración continua e indefinida y que afecte sustancialmente la capacidad de vivir de forma independiente?

| No | Sí | Condición |
|--------------------------|--------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Trastorno por consumo de alcohol |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <i>En caso afirmativo, ¿se espera que sea de larga duración e indefinida y que afecte sustancialmente la capacidad de vivir de forma independiente?</i> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Trastorno por consumo de drogas |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <i>En caso afirmativo, ¿se espera que sea de larga duración e indefinida y que afecte sustancialmente la capacidad de vivir de forma independiente?</i> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Trastornos por consumo de alcohol y drogas |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <i>En caso afirmativo, ¿se espera que sea de larga duración e indefinida y que afecte sustancialmente la capacidad de vivir de forma independiente?</i> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Condición de salud crónica |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <i>En caso afirmativo, ¿se espera que sea de larga duración e indefinida y que afecte sustancialmente la capacidad de vivir de forma independiente?</i> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Discapacidad del desarrollo |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | VIH/SIDA |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Trastorno de salud mental |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <i>En caso afirmativo, ¿se espera que sea de larga duración e indefinida y que afecte sustancialmente la capacidad de vivir de forma independiente?</i> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Discapacidad física |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <i>En caso afirmativo, ¿se espera que sea de larga duración e indefinida y que afecte sustancialmente la capacidad de vivir de forma independiente?</i> |

VIOLENCIA DOMÉSTICA

La violencia doméstica debe ser recogida por cabeza de familia y adultos.

¿ES EL CLIENTE UN SOBREVIVIENTE DE VIOLENCIA DOMÉSTICA?

- Sí No El cliente no lo sabe El cliente prefiere no contestar Datos no recopilados

[EN CASO AFIRMATIVO] ¿Cuándo ocurrió la experiencia?

- En los últimos tres meses
 Hace de tres a seis meses (excluyendo exactamente seis meses)
 Hace seis meses a un año (excluyendo un año exactamente)
 Un año o más
 El cliente no lo sabe
 El cliente prefiere no contestar
 Datos no recopilados

[EN CASO AFIRMATIVO] ¿El cliente está huyendo actualmente?

- Sí No El cliente no lo sabe El cliente prefiere no contestar Datos no recopilados

¿NECESITA AYUDA CON LA TRADUCCIÓN? (SÍ/NO) - Se cobra por cabeza de familia.

- Sí No

[EN CASO AFIRMATIVO] ¿qué idioma?

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Lenguaje de Señas Americano | <input type="checkbox"/> Nepalí | <input type="checkbox"/> Idioma preferido diferente |
| <input type="checkbox"/> Árabe | <input type="checkbox"/> Ruso | Sírvase especificar:- |
| <input type="checkbox"/> Birmano | <input type="checkbox"/> Somalí | _____ |
| <input type="checkbox"/> Chino | <input type="checkbox"/> Español | <input type="checkbox"/> El cliente no lo sabe |
| <input type="checkbox"/> Croata | <input type="checkbox"/> Árabe sudanés | <input type="checkbox"/> El cliente prefiere no contestar |
| <input type="checkbox"/> Farsi | <input type="checkbox"/> Swahili | <input type="checkbox"/> Datos no recopilados |
| <input type="checkbox"/> Francés | <input type="checkbox"/> Ucraniano | |
| <input type="checkbox"/> Japonés | <input type="checkbox"/> Urdu | |
| <input type="checkbox"/> Coreano | <input type="checkbox"/> Vietnamita | |

Tipos de Ingresos

| Tipo | Explicación |
|--|---|
| Ingresos del trabajo (es decir, ingresos del trabajo) | Ingresos obtenidos del trabajo; puede ser a tiempo parcial o completo; Documentable con un cheque de pago |
| Seguro de desempleo | Prestaciones por desempleo del Estado de Nueva York recibidas por pérdida de empleo |
| Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI, por sus siglas en inglés) | Seguridad de Ingreso Suplementario: Beneficios del Seguro Social para personas que no contribuyeron al Seguro Social lo suficiente como para ser elegibles para recibir los beneficios completos del Seguro Social . El beneficio máximo tiene un límite anual por parte de la SSA. |
| Seguro de Incapacidad del Seguro Social (SSDI) | Ingreso por Discapacidad del Seguro Social: Beneficios del Seguro Social para personas que están discapacitadas permanentemente/a largo plazo que contribuyeron al Seguro Social lo suficiente como para ser elegibles para los beneficios completos del Seguro Social. El beneficio es determinado por la SSA en función de sus pagos al sistema de la SS |
| Compensación por discapacidad relacionada con el servicio de VA | Beneficios recibidos a través de la Administración de Veteranos para veteranos con discapacidades a largo plazo/permanentes que ocurrieron mientras estaban en servicio activo |
| Pensión por discapacidad no relacionada con el servicio del VA | Beneficios recibidos a través de la Administración de Veteranos para veteranos con discapacidades a largo plazo/permanentes no relacionadas con su tiempo en servicio activo |
| Seguro privado de invalidez | Ingresos recibidos de un plan de seguro de discapacidad a corto/largo plazo pagados por un empleador o la persona mientras era empleado |
| Compensación de Trabajadores | Beneficios recibidos cuando una persona está sin trabajo debido a que se lesionó mientras estaba en el trabajo o se enfermó debido a actividades relacionadas con el trabajo |
| Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (TANF) | Asistencia Temporal para Familias Necesitadas: Asistencia en efectivo de MCDHS proporcionada a hogares con niños; comúnmente conocido como asistencia pública, asistencia temporal, bienestar, red de seguridad |
| Asistencia General (GA) Solteros | Asistencia en efectivo de MCDHS para individuos/hogares sin hijos; a menudo asistencia pública, asistencia temporal, asistencia social, red de seguridad |
| Ingresos de jubilación del Seguro Social | Ingreso del Seguro Social: Beneficios de jubilación pagados por la SSA basados en años de empleo e ingresos del trabajo. |
| Ingresos de pensión o jubilación de un trabajo anterior | Ingresos recibidos de un plan de seguro de pensión/jubilación pagados por un empleador o la persona mientras era empleado; incluye los beneficios de una pensión para sobrevivientes. |
| Manutención de los hijos | Ingresos de manutención de menores que se pagan debido a una orden judicial, voluntaria o involuntariamente |
| Pensión alimenticia u otra manutención conyugal | Pensión alimenticia o manutención del cónyuge que se paga debido a una orden judicial, voluntaria o involuntaria |
| Otra fuente | Rara vez debe usarse |