

Plantilla de recopilación de datos de HMIS para la actualización del proyecto: todos los proyectos (revisada el 3/8/2026)

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.

ID de cliente HMIS #: _____

Nombre: _____

TIPO DE RECONSIDERACIÓN INTERMEDIA

La recopilación de datos debe incluir una "Evaluación Anual" para todas las personas en el proyecto durante un año o más con una fecha de no más de 30 días antes o después del aniversario de la Fecha de Inicio del Proyecto del jefe de familia.

- Actualizar
- Evaluación anual
- Revisión de 30 (60, 90, 120, 180) días

FECHA DE REVISIÓN (por ejemplo, 09/24/2023)

La fecha de revisión 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					

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

Recuerde que los ingresos y los ingresos no monetarios de 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)	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

DISCAPACIDADES

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

Tenga en cuenta: *Si se realizan cambios en la discapacidad, recuerde volver a la entrada de inicio del proyecto y asegurarse de que la respuesta a "Condición de inhabilitación - Sí/No" coincida con los cambios realizados en esta actualización.* De acuerdo con los Estándares de Datos de HUD para el año fiscal 2024, "la respuesta siempre debe reflejar la condición de inhabilitación más reciente disponible (incluso si el inicio de la condición de inhabilitación fue después de la 'Fecha de inicio del proyecto' para la inscripción. ...El valor siempre debe reflejar el estado actual conocido de la condición de deshabilitación de un cliente."

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>

FECHA DE MUDANZA DE VIVIENDA (Solo proyectos de vivienda permanente)

Todos los tipos de vivienda permanente deben tener una fecha de mudanza ingresada en HMIS a menos que el cliente salga del programa sin mudarse a una vivienda permanente. La fecha de mudanza debe estar comprendida entre la fecha de inicio del proyecto y la fecha de finalización del proyecto.

Fecha de mudanza

<input type="text"/>	<input type="text"/>	/	<input type="text"/>	<input type="text"/>	/	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Mes			Día			Año			

Dirección de la Unidad PSH o RRH:

Dirección de la unidad*							
Código Postal de la Unidad*							
Fecha de finalización (si corresponde)							
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Mes		Día		Año			

Información de contacto del arrendador**Fecha de inicio**

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Mes		Día		Año			

Nombre del arrendador	
Nombre del contacto	
Número de teléfono	
Correo electrónico	
Notas	

Fecha final

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Mes		Día		Año			

Nota de resumen de la evaluación anual

--

VIOLENCIA DOMÉSTICA (Se debe cobrar para 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

PARA PROYECTOS DE ALCANCE EN CALLE (SO) SOLAMENTE (Todos los demás tipos de proyectos deben omitir esta sección y terminar aquí.)

FECHA DE COMPROMISO (ENGAGEMENT)

		/			/				
Mes		Día				Año			

SITUACIÓN ACTUAL DE VIVIENDA

Fecha de contacto

		/			/				
Mes		Día				Año			

Proveedor de alcance en calle	
Nombre del gestor de casos	
Fecha de la Información	/ / (mes / día / año)

SITUACIÓN ACTUAL DE VIVIENDA (seleccione una):

Situaciones de personas sin hogar

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

Situaciones institucionales

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

Situaciones de vivienda temporal

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

Situaciones de vivienda permanente

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

Otras

- Otra situación (especificar): _____
- Trabajador no puede determinar
- 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

Ubicación específica	
Código postal de situación de vivienda	
Verificación de situación de vivienda realizada por:	

¿EL CLIENTE DEBE ABANDONAR SU VIVIENDA ACTUAL EN LOS PRÓXIMOS 14 DÍAS? (Si no, termina aquí.)

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



Si respondió "Sí," responde las siguientes preguntas:

¿Se ha identificado una vivienda alternativa?

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

¿El cliente tiene recursos o redes de apoyo para obtener vivienda permanente?

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

¿El cliente tuvo contrato o interés de propiedad en vivienda permanente en los últimos 60 días?

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

¿El cliente se ha mudado dos o más veces en los últimos 60 días?

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

Detalles de la ubicación: _____

FECHA DE FIN DE LA SITUACIÓN ACTUAL

		/			/			
--	--	---	--	--	---	--	--	--

Mes

Día

Año

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