

Nombre de la agencia: _____

**Sistema CLARITY de gestión de la información de las personas sin hogar:
FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN AL PROYECTO DEL DEPARTAMENTO DE
VIVIENDA Y DESARROLLO URBANO – ATENCIÓN CONTINUA**

Escriba en letras mayúsculas y rellene los círculos correspondientes.

Complete un formulario separado para cada miembro del hogar.

FECHA DE INICIO DEL PROYECTO *[Todos los clientes]*

		-			-				
Mes			Día		Año				

¿NECESITA SERVICIO DE INTERPRETACIÓN? *Desea el cliente que los servicios se le proporcionen en un idioma distinto del inglés?*

<input type="radio"/> No		<input type="radio"/> El cliente no sabe
		<input type="radio"/> El cliente prefiere no contestar
<input type="radio"/> Sí		<input type="radio"/> Datos no obtenidos

SI HA RESPONDIDO "SI" A NECESITAR INTERPRETACIÓN - INDIQUE EL IDIOMA PREFERIDO.

<input type="radio"/> Inglés	<input type="radio"/> Tagalo
<input type="radio"/> Español	<input type="radio"/> El cliente no sabe
<input type="radio"/> Vietnamita	<input type="radio"/> El cliente prefiere no contestar
<input type="radio"/> Mandarín	<input type="radio"/> Datos no obtenidos
<input type="radio"/> Otro idioma que prefiere (especifique):	

NÚMERO DE SEGURO SOCIAL *[Todos los clientes]*

			-			-				
--	--	--	---	--	--	---	--	--	--	--

CALIDAD DEL NÚMERO DE SEGURO SOCIAL (SSN, por sus siglas en inglés)

<input type="radio"/> SSN completo reportado		<input type="radio"/> El cliente no sabe
		<input type="radio"/> El cliente prefiere no contestar
<input type="radio"/> SSN aproximado o parcial reportado		<input type="radio"/> Datos no obtenidos

NOMBRE ACTUAL <i>[Todos los clientes]</i>																		N/A
Apellido																		○
Primer nombre																		
Segundo nombre																		○
Sufijo																		○
CALIDAD DEL NOMBRE ACTUAL																		
○ Nombre completo reportado										○ El cliente no sabe								
○ Nombre parcial, de calle o nombre en clave reportado										○ El cliente prefiere no contestar								
										○ Datos no obtenidos								

FECHA DE NACIMIENTO *[Todos los clientes]*

		-			-					Edad:
Mes		Día		Año						

CALIDAD DE LA FECHA DE NACIMIENTO			
○ Fecha de nacimiento completa reportada		○ El cliente no sabe	
○ Fecha de nacimiento aproximada o parcial reportada		○ El cliente prefiere no contestar	
		○ Datos no obtenidos	

GÉNERO *[Todos los clientes]*

○ Mujer (Niña, si es una menor)	○ En cuestionamiento
○ Hombre (Niño, si es un menor)	○ Otra identidad (especifique):
○ Identidad cultural específica (por ejemplo, dos espíritus)	○ El cliente no sabe
○ Transgénero	○ El cliente prefiere no contestar
○ No binario	○ Datos no obtenidos

RAZA Y ETNICIDAD Seleccione todas las opciones que correspondan. - *[Todos los clientes]*

<input type="radio"/>	Indio americano, nativo de Alaska o indígena	<input type="radio"/>	Nativo de Hawái o de las islas del Pacífico
<input type="radio"/>	Asiático o asiático-americano	<input type="radio"/>	Blanco
<input type="radio"/>	Negro, afroamericano o africano	<input type="radio"/>	El cliente no sabe
<input type="radio"/>	Hispano/Latino/e/o	<input type="radio"/>	El cliente prefiere no contestar
<input type="radio"/>	Medio Oriente o Norteafricano	<input type="radio"/>	Datos no obtenidos

ESTATUS DE VETERANO *[Todos los adultos]*

<input type="radio"/>	No	<input type="radio"/>	El cliente no sabe
		<input type="radio"/>	El cliente prefiere no contestar
<input type="radio"/>	Sí	<input type="radio"/>	Datos no obtenidos

SI HA RESPONDIDO "SÍ" A ESTATUS DE VETERANO

Año en que ingresó al servicio militar (año)			
Año de separación del servicio militar (año)			
Teatro de operaciones: Segunda Guerra Mundial			
<input type="radio"/>	No	<input type="radio"/>	El cliente no sabe
		<input type="radio"/>	El cliente prefiere no contestar
<input type="radio"/>	Sí	<input type="radio"/>	Datos no obtenidos
Teatro de operaciones: Guerra de Corea			
<input type="radio"/>	No	<input type="radio"/>	El cliente no sabe
		<input type="radio"/>	El cliente prefiere no contestar
<input type="radio"/>	Sí	<input type="radio"/>	Datos no obtenidos

Teatro de operaciones: Guerra de Vietnam			
<input type="radio"/>	No	<input type="radio"/>	El cliente no sabe
		<input type="radio"/>	El cliente prefiere no contestar
<input type="radio"/>	Sí	<input type="radio"/>	Datos no obtenidos
Teatro de operaciones: Guerra del Golfo Pérsico (Tormenta del Desierto)			
<input type="radio"/>	No	<input type="radio"/>	El cliente no sabe
		<input type="radio"/>	El cliente prefiere no contestar
<input type="radio"/>	Sí	<input type="radio"/>	Datos no obtenidos
Teatro de operaciones: Afganistán (La operación Libertad Duradera)			
<input type="radio"/>	No	<input type="radio"/>	El cliente no sabe
		<input type="radio"/>	El cliente prefiere no contestar
<input type="radio"/>	Sí	<input type="radio"/>	Datos no obtenidos
Teatro de operaciones: Irak (Operación Libertad Iraquí)			
<input type="radio"/>	No	<input type="radio"/>	El cliente no sabe
		<input type="radio"/>	El cliente prefiere no contestar
<input type="radio"/>	Sí	<input type="radio"/>	Datos no obtenidos
Teatro de operaciones: Irak (Operación Nuevo Amanecer)			

<input type="radio"/>	No	<input type="radio"/>	El cliente no sabe
<input type="radio"/>	Sí	<input type="radio"/>	El cliente prefiere no contestar
		<input type="radio"/>	Datos no obtenidos

Teatro de operaciones: Otras operaciones de preservación de la paz o intervenciones militares (como el Líbano, Panamá, Somalia, Bosnia, Kosovo)

<input type="radio"/>	No	<input type="radio"/>	El cliente no sabe
<input type="radio"/>	Sí	<input type="radio"/>	El cliente prefiere no contestar
		<input type="radio"/>	Datos no obtenidos

Rama militar

<input type="radio"/>	Ejército	<input type="radio"/>	Fuerza espacial
<input type="radio"/>	Fuerza aérea	<input type="radio"/>	El cliente no sabe
<input type="radio"/>	Armada	<input type="radio"/>	El cliente prefiere no contestar
<input type="radio"/>	Marina	<input type="radio"/>	Datos no obtenidos
<input type="radio"/>	Guardacostas		

Estado de baja militar

<input type="radio"/>	Honorable	<input type="radio"/>	No categorizado
<input type="radio"/>	General bajo condiciones honorables	<input type="radio"/>	El cliente no sabe
<input type="radio"/>	En condiciones no honorables (OTH, por sus siglas en inglés)	<input type="radio"/>	El cliente prefiere no contestar
<input type="radio"/>	Mala conducta	<input type="radio"/>	Datos no obtenidos
<input type="radio"/>	Deshonroso		

RELACIÓN CON LA CABEZA DE FAMILIA *[Todos los clientes del hogar]*

<input type="radio"/>	Yo mismo	<input type="radio"/>	Hijo(a) de hogar
<input type="radio"/>	Hijo(a) de la cabeza de familia		
<input type="radio"/>	Cónyuge o pareja de la cabeza de familia	<input type="radio"/>	Otro: persona sin relación de parentesco

INSCRIPCIÓN al CoC *[sólo si hay varios CoC]* _____

CÓDIGO POSTAL DE LA ÚLTIMA VIVIENDA PERMANENTE *[Todos los clientes]*

--	--	--	--	--

INFORMACIÓN PARA PREVENIR LA FALTA DE VIVIENDA

Motivo de la asistencia *[Cabeza de familia y adultos]*

<input type="radio"/>	Cambio en la composición familiar (p. ej., separación, fallecimiento, etc.)		
<input type="radio"/>	Debe abandonar la vivienda actual (debido a sobreocupación, se le pidió que se fuera, conflictos con otros inquilinos, etc.)		
<input type="radio"/>	Huyendo de la violencia doméstica/familiar		
<input type="radio"/>	Pérdida de ingresos (p. ej., pérdida de empleo, finalización de beneficios)		
<input type="radio"/>	Reduccion de ingresos (es decir, reducción de horas de trabajo, reducción de prestaciones etc). Reduccion de ingresos (p.ej. reducción de horas de trabajo, reducción de beneficios, etc.		
<input type="radio"/>	Emergencia médica (propia o de un familiar)		
<input type="radio"/>	Aumento del alquiler (incluido el traslado a una nueva unidad)		
<input type="radio"/>	Un gasto grande e inesperado		
<input type="radio"/>	Mudarse de una vivienda temporal a una permanente		
<input type="radio"/>	Mudarse de una vivienda insegura o ilegal		
<input type="radio"/>	Otro Otra razón: _____	<input type="radio"/>	El cliente no sabe
<input type="radio"/>		El cliente prefiere no contestar	
<input type="radio"/>		Datos no obtenidos	

HAY MIEMBROS DEL HOGAR QUE SEAN ELEGIBLES PARA RECIBIR ASISTENCIA FINANCIERA A TRAVÉS DE SU AGENCIA?

<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No sé
--------------------------	--------------------------	-----------------------------

CUANDO SE ENTABLÓ CONTACTO CON EL CLIENTE *[Sólo a las personas que se ayudaron en la calle o a través de un refugio de emergencia de noche a noche]*

Fecha que se entabló contacto:	____/____/____
--------------------------------	----------------

EN VIVIENDA PERMANENTE *[Proyectos de vivienda permanente, para cabezas de familia]*

<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Sí
--------------------------	--------------------------

SI HA RESPONDIDO "SÍ" A VIVIENDA PERMANENTE

Fecha en la que se mudó a la vivienda:	____/____/____
--	----------------

SITUACIÓN DE VIVIENDA ANTERIOR

TIPO DE RESIDENCIA *[Cabeza de familia y adultos]*

<input type="radio"/> Lugar no destinado para ser habitado (p. ej., un vehículo, un edificio abandonado, estación de autobús/tren/metro/aeropuerto o cualquier lugar al aire libre)	<input type="radio"/> Hotel o motel pagado sin cupón para refugio de emergencia
<input type="radio"/> Refugio de emergencia, lo que incluye un hotel o motel pagado con un cupón de refugios de emergencia, o un hogar de refugio	<input type="radio"/> Hogar anfitrión (no en crisis)
<input type="radio"/> Refugio seguro	<input type="radio"/> Quedándose o viviendo en una habitación, apartamento o casa de un amigo
<input type="radio"/> Hogar de crianza o grupo de hogares de crianza	<input type="radio"/> Quedándose o viviendo en una habitación, apartamento o casa de un familiar
<input type="radio"/> Hospital u otra institución médica residencial no psiquiátrica	<input type="radio"/> Rentado por el cliente, sin subsidio de vivienda en curso
<input type="radio"/> En una cárcel, prisión o centro de detención juvenil	<input type="radio"/> Rentado por el cliente, con subsidio de vivienda en curso
<input type="radio"/> En una institución de cuidados de largo plazo o un asilo	<input type="radio"/> Propiedad del cliente, con subsidio de vivienda en curso
<input type="radio"/> Hospital psiquiátrico u otra institución psiquiátrica	<input type="radio"/> Propiedad del cliente, sin subsidio de vivienda en curso
<input type="radio"/> Institución de tratamiento del abuso de sustancias o centro de desintoxicación	<input type="radio"/> El cliente no sabe

<input type="radio"/>	Vivienda de transición para personas sin hogar (incluyendo a los jóvenes sin hogar)	<input type="radio"/>	El cliente prefiere no contestar
<input type="radio"/>	Proyecto residencial u hogar de reinserción social sin criterios de personas sin hogar	<input type="radio"/>	Datos no obtenidos
SI ES ARRENDADO POR EL CLIENTE, CON SUBSIDIO DE VIVIENDA EN CURSO - ESPECIFIQUE:			
<input type="radio"/>	Subsidio de vivienda de GDP TIP	<input type="radio"/>	Cupón de vivienda de emergencia
<input type="radio"/>	Subsidio de vivienda de VASH	<input type="radio"/>	Cupón del Programa de Unificación de la Familia (FUP, por sus siglas en inglés)
<input type="radio"/>	Subsidio de RRH o equivalente	<input type="radio"/>	Iniciativa para Promover la Independencia de la Juventud (FYI, por sus siglas en inglés)
<input type="radio"/>	Cupón de HCV (basado en proyecto o en arrendatario) (no dedicado)	<input type="radio"/>	Viviendas de apoyo permanente
<input type="radio"/>	Unidad de vivienda pública	<input type="radio"/>	Otra vivienda permanente dedicada a personas que anteriormente no tenían hogar
<input type="radio"/>	Arrendado por el cliente, con otro subsidio de vivienda en curso		

¿EN QUÉ TIPO DE VIVIENDA DE ALQUILER VIVE? *[Todos los clientes cuya respuesta a “tipo de residencia” sea cualquier opción que empiece por “alquilado por el cliente”]*

<input type="radio"/>	Viviendas de alquiler a precio de mercado	<input type="radio"/>	Vivienda a precio accesible (unidad o complejo designado como económica o BMR)
<input type="radio"/>	Alquiler estabilizado (unidad de alquiler cubierta por el control de alquileres)	<input type="radio"/>	Vivienda subvencionada por la Sección 8
<input type="radio"/>	Vivienda subvencionada por otro subsidio a largo plazo	<input type="radio"/>	El cliente no lo sabe
<input type="radio"/>	El cliente prefiere no contestar		

DURACIÓN DE SU ESTADÍA EN LA SITUACIÓN DE VIVIENDA ANTERIOR

<input type="radio"/>	Una noche o menos	<input type="radio"/>	Un mes o más, pero menos de 90 días	<input type="radio"/>	El cliente no sabe
<input type="radio"/>	De dos a seis noches	<input type="radio"/>	90 días o más, pero menos de un año	<input type="radio"/>	El cliente prefiere no contestar
<input type="radio"/>	Una semana o más, pero menos de un mes	<input type="radio"/>	Un año o más	<input type="radio"/>	Datos no obtenidos

DURACIÓN DE LA ESTADÍA MENOR A 7 NOCHES [TH, PH]

<input type="radio"/>	No	<input type="radio"/>	Sí
-----------------------	----	-----------------------	----

DURACIÓN DE LA ESTADÍA MENOR A 90 DÍAS *[Situaciones de vivienda institucional]*

<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Sí
--------------------------	--------------------------

LA NOCHE ANTERIOR - SE QUEDÓ EN - LA CALLE, REFUGIO DE EMERGENCIA, REFUGIO SEGURO *[Cabezas de familia y adultos]*

<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
Fecha aproximada en que comenzó este episodio de falta de vivienda	____/____/____
Número de veces en las que el cliente ha estado en la calle, refugio de emergencia, refugio seguro, en los últimos 3 años	
<input type="radio"/> Una vez	<input type="radio"/> El cliente no sabe
<input type="radio"/> Dos veces	<input type="radio"/> El cliente prefiere no contestar
<input type="radio"/> Tres veces	<input type="radio"/> Datos no obtenidos
<input type="radio"/> Cuatro o más veces	
Número total de meses en los que el cliente ha estado en la calle, refugio de emergencia, refugio seguro, en los últimos 3 años	
<input type="radio"/> Un mes (esta vez es el primer mes)	<input type="radio"/> El cliente no sabe
<input type="radio"/> De 2 a 12 meses (especifique el número de meses): _____	<input type="radio"/> El cliente prefiere no contestar
<input type="radio"/> Más de 12 meses	<input type="radio"/> Datos no obtenidos

INFORMACIÓN EDUCATIVA *[Todos los clientes de más de 18 años]*

Último grado completado

<input type="radio"/> Inferior al grado 5	<input type="radio"/> Carrera técnica
<input type="radio"/> Grados del 5-6	<input type="radio"/> Licenciatura
<input type="radio"/> Grados del 7-8	<input type="radio"/> Posgrado
<input type="radio"/> Grados del 9-11	<input type="radio"/> Certificado vocacional
<input type="radio"/> Grado 12 / Diploma de nivel de preparatoria	<input type="radio"/> El cliente no sabe
<input type="radio"/> El programa escolar no tenía niveles de grados	<input type="radio"/> El cliente prefiere no contestar
<input type="radio"/> GED	<input type="radio"/> Datos no obtenidos

<input type="radio"/>	Un poco de universidad	
-----------------------	------------------------	--

ASISTE ACTUALMENTE A UN COLEGIO O UNIVERSIDAD

<input type="radio"/>	No asiste actualmente	<input type="radio"/>	No califica académicamente
<input type="radio"/>	Asiste de tiempo completo	<input type="radio"/>	El cliente no sabe
<input type="radio"/>	Asiste medio tiempo	<input type="radio"/>	El cliente prefiere no contestar

NOMBRE DEL COLEGIO O UNIVERSIDAD

<input type="radio"/>	De Anza College	<input type="radio"/>	West Valley College
<input type="radio"/>	Evergreen Valley College	<input type="radio"/>	Otra institución superior o universidad del Área de la Bahía
<input type="radio"/>	Foothill College	<input type="radio"/>	Otra institución superior o universidad de CA
<input type="radio"/>	Gavilan College	<input type="radio"/>	Otro Colegio o Universidad
<input type="radio"/>	Mission College	<input type="radio"/>	Otro programa vocacional
<input type="radio"/>	San Jose City College	<input type="radio"/>	El cliente no sabe
<input type="radio"/>	San Jose State University	<input type="radio"/>	El cliente prefiere no contestar
<input type="radio"/>	Santa Clara University	<input type="radio"/>	Datos no obtenidos
<input type="radio"/>	Stanford University		

AÑO EN EL QUE ESPERA TERMINAR LOS ESTUDIOS

		-			-				
--	--	---	--	--	---	--	--	--	--

INFORMACIÓN ADICIONAL SOBRE LA PREVENCIÓN DE LA FALTA DE VIVIENDA

¿CUÁNTO TIEMPO LLEVAS EN TU RESIDENCIA ACTUAL?

<input type="radio"/>	1 mes calendario o menos	<input type="radio"/>	9-11 meses
<input type="radio"/>	2-3 meses	<input type="radio"/>	12-18 meses
<input type="radio"/>	4-5 meses	<input type="radio"/>	19-24 meses
<input type="radio"/>	6-8 meses	<input type="radio"/>	24+ meses

¿CUÁL ES SU RENTA MENSUAL ACTUAL?

[La parte de la renta que corresponde al hogar inscrito si comparte el alquiler con otras personas]

Cantidad:	\$ _____
-----------	----------

¿CUÁNTAS VECES HA SIDO DESALOJADO EN LOS ÚLTIMOS 7 AÑOS? *[Incluya únicamente los desalojos que pasaron por el sistema judicial/legal]*

<input type="radio"/>	0 ocasiones	<input type="radio"/>	3 o más ocasiones
<input type="radio"/>	1 ocasión	<input type="radio"/>	El cliente no sabe
<input type="radio"/>	2 ocasiones	<input type="radio"/>	El cliente prefiere no contestar

¿HA CONTRIBUIDO EL RECIENTE AUMENTO DE LA RENTA A SU RIESGO DE QUEDARSE SIN HOGAR?

<input type="radio"/>	No	<input type="radio"/>	Sí
<input type="radio"/>	El cliente no sabe	<input type="radio"/>	El cliente prefiere no contestar

¿CUÁLES ERAN SUS INGRESOS BRUTOS MENSUALES HACE TRES MESES?

Cantidad:	\$ _____
-----------	----------

¿ESTÁ COMPARTIENDO VIVIENDA, ES DECIR, HAY MÁS DE UN HOGAR/FAMILIA VIVIENDO EN UNA UNIDAD UNIFAMILIAR?

<input type="radio"/>	No	<input type="radio"/>	Sí
<input type="radio"/>	El cliente no sabe	<input type="radio"/>	El cliente prefiere no contestar

CONDICIÓN DE INCAPACIDAD *[Todos los clientes]*

<input type="radio"/>	No	<input type="radio"/>	El cliente no sabe
<input type="radio"/>	Sí	<input type="radio"/>	El cliente prefiere no contestar
		<input type="radio"/>	Datos no obtenidos

DISCAPACIDAD FÍSICA *[Todos los clientes]*

<input type="radio"/>	No	<input type="radio"/>	El cliente no sabe
<input type="radio"/>	Sí	<input type="radio"/>	El cliente prefiere no contestar
		<input type="radio"/>	Datos no obtenidos

SI HA RESPONDIDO “SÍ” A DISCAPACIDAD FÍSICA - ESPECIFIQUE

¿Se espera que sea de larga duración e indefinida y que afecte de manera significativa la capacidad de vivir de forma independiente?	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> El cliente no sabe
	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> El cliente prefiere no contestar
		<input type="radio"/> Datos no obtenidos

DISCAPACIDAD DEL DESARROLLO [Todos los clientes]

<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> El cliente no sabe
<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> El cliente prefiere no contestar
	<input type="radio"/> Datos no obtenidos

ENFERMEDAD CRÓNICA [Todos los clientes]

<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> El cliente no sabe
<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> El cliente prefiere no contestar
	<input type="radio"/> Datos no obtenidos

SI RESPONDIÓ “SÍ” A CONDICIÓN DE SALUD CRÓNICA – ESPECIFIQUE

¿Se espera que sea de larga duración e indefinida y que afecte de manera significativa la capacidad de vivir de forma independiente?	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> El cliente no sabe
	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> El cliente prefiere no contestar
		<input type="radio"/> Datos no obtenidos

VIH-SIDA [Todos los clientes]

<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> El cliente no sabe
<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> El cliente prefiere no contestar
	<input type="radio"/> Datos no obtenidos

PROBLEMAS DE SALUD MENTAL [Todos los clientes]

<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> El cliente no sabe
<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> El cliente prefiere no contestar
	<input type="radio"/> Datos no obtenidos

SI HA RESPONDIDO “SÍ” A PROBLEMAS DE SALUD MENTAL – ESPECIFIQUE

¿Se espera que sea de duración larga-continuada e indefinida, y que sustancialmente empeora su capacidad de vivir de forma independiente?	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> El cliente no sabe
	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> El cliente prefiere no contestar
		<input type="radio"/> Datos no obtenidos

PROBLEMAS DE ABUSO DE SUSTANCIAS [Todos los clientes]

<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Problemas de uso de drogas y alcohol
<input type="radio"/> Problemas de uso de alcohol	<input type="radio"/> El cliente no sabe
	<input type="radio"/> El cliente prefiere no contestar
<input type="radio"/> Problemas de uso de drogas	<input type="radio"/> Datos no obtenidos

SI RESPONDE AFIRMATIVAMENTE A "PROBLEMAS DE USO DEL ALCOHOL" O "PROBLEMAS DE USO DE DROGAS" O "PROBLEMAS DE USO DE ALCOHOL Y DROGAS" – ESPECIFIQUE

¿Se espera que sea de duración larga-continuada e indefinida, y que sustancialmente empeora su capacidad de vivir de forma independiente?	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> El cliente no sabe
	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> El cliente prefiere no contestar
		<input type="radio"/> Datos no obtenidos

SOBREVIVIENTE DE VIOLENCIA DOMÉSTICA [Cabeza de familia y adultos]

<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> El cliente no sabe
<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> El cliente prefiere no contestar
	<input type="radio"/> Datos no obtenidos

SI HA RESPONDIDO “SÍ” A SOBREVIVIENTE DE VIOLENCIA DOMÉSTICA

ESPECIFIQUE CUÁNDO OCURRIÓ EL EVENTO

<input type="radio"/> Dentro de los últimos tres meses	<input type="radio"/> Un año atrás o más
<input type="radio"/> De tres a seis meses atrás (excluyendo exactamente seis meses)	<input type="radio"/> El cliente no sabe
	<input type="radio"/> El cliente prefiere no contestar
<input type="radio"/> De seis meses a un año atrás (excluyendo exactamente un año)	<input type="radio"/> Datos no obtenidos

¿Estás huyendo?	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> El cliente no sabe
	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> El cliente prefiere no contestar
		<input type="radio"/> Datos no obtenidos

INGRESO DE CUALQUIER FUENTE [Cabeza de familia y adultos]

<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> El cliente no sabe
--------------------------	--

<input type="radio"/> Sí		<input type="radio"/> El cliente prefiere no contestar
		<input type="radio"/> Datos no obtenidos

SI HA RESPONDIDO “SÍ” A INGRESOS DE CUALQUIER FUENTE – INDIQUE TODAS LAS FUENTES QUE CORRESPONDAN

Fuente de ingreso	Cantidad	Fuente de ingresos	Cantidad
<input type="radio"/> Ingresos salariales		<input type="radio"/> Asistencia temporal para familias necesitadas (TANF, por sus siglas en inglés)	
<input type="radio"/> Seguro de desempleo		<input type="radio"/> Asistencia general (GA, por sus siglas en inglés)	
<input type="radio"/> Ingreso Suplementario del Seguro Social (SSI, por sus siglas en inglés)		<input type="radio"/> Ingreso por jubilación del Seguro Social	
<input type="radio"/> Seguro por discapacidad del Seguro Social (SSDI, por sus siglas en inglés)		<input type="radio"/> Pensión o ingresos por jubilación de un trabajo anterior	
<input type="radio"/> Compensación por discapacidad relacionada con el servicio de Asuntos de Veteranos		<input type="radio"/> Pensión alimenticia	
<input type="radio"/> Pensión por discapacidad no relacionada con el servicio de Asuntos de Veteranos		<input type="radio"/> Pensión alimenticia y otras ayudas al cónyuge	
<input type="radio"/> Seguro por discapacidad privado		<input type="radio"/> Otra fuente de ingresos (especifique)	
<input type="radio"/> Indemnización por accidente laboral			
Ingreso mensual total del individuo			

RECIBE BENEFICIOS QUE NO SON MONETARIOS [*Cabeza de familia y adultos*]

<input type="radio"/> No		<input type="radio"/> El cliente no sabe
<input type="radio"/> Sí		<input type="radio"/> El cliente prefiere no contestar
		<input type="radio"/> Datos no obtenidos

SI HA RESPONDIDO “SÍ” A BENEFICIOS QUE NO SON MONETARIOS – INDIQUE TODAS LAS FUENTES QUE CORRESPONDAN

<input type="radio"/> Programa de asistencia nutricional suplementaria (SNAP, por sus siglas en inglés)	<input type="radio"/> Servicios de cuidado de niños TANF (Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (TANF))
<input type="radio"/> Programa especial de nutrición complementaria para mujeres, infantes y niños (Programa Especial de Nutrición Suplementaria para Mujeres, Infantes y Niños (WIC))	<input type="radio"/> Servicios de transporte de TANF

<input type="radio"/> Otra (especifique):	<input type="radio"/> Otros servicios financiados por TANF
---	--

CUBIERTO POR EL SEGURO MÉDICO *[Todos los clientes]*

<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> El cliente no sabe
<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> El cliente prefiere no contestar
	<input type="radio"/> Datos no obtenidos

SI HA RESPONDIDO "SÍ" AL SEGURO MÉDICO, DETALLES DE LA COBERTURA DEL SEGURO MÉDICO

<input type="radio"/> MEDICAID	<input type="radio"/> Seguro médico brindado por el empleador
<input type="radio"/> MEDICARE	<input type="radio"/> El seguro de la Ley Ómnibus Consolidada de Reconciliación Presupuestaria (COBRA, por sus siglas en inglés)
<input type="radio"/> Seguro médico estatal para niños (SCHIP, por sus siglas en inglés)	<input type="radio"/> Seguro médico privado
<input type="radio"/> Administración de Salud para Veteranos (VHA, por sus siglas en inglés)	<input type="radio"/> Seguro médico estatal para adultos
<input type="radio"/> Otra (especifique):	<input type="radio"/> El Programa de Salud para Indígenas Estadounidenses Urbanos (IHS, por sus siglas en inglés)

ORIENTACIÓN SEXUAL *[Para CoC: Programas financiados de YHDP - adultos y cabezas de familia]*

<input type="radio"/> Heterosexual	<input type="radio"/> Otro
<input type="radio"/> Gay	<i>Si seleccionó otro, especifique:</i>
<input type="radio"/> Lesbiana	<input type="radio"/> El cliente no sabe
<input type="radio"/> Bisexual	<input type="radio"/> El cliente prefiere no contestar
<input type="radio"/> En cuestionamiento/no está seguro/a/e	<input type="radio"/> Datos no obtenidos

Firma del solicitante declarando que toda la información es verdadera y correcta

Fecha