

**Formulario de Ingreso para el Programa de Prevención de Personas sin Hogar de Servicios Latinos:**  
*(Algunas preguntas no se le aplicarán. Adicionalmente, dependiendo del cliente y su historial, ciertos documentos adicionales se necesitarán)*

**\*Fecha de Ingreso/Admisión:** / /

**Trabajadora Primaria:**

**Ubicación de Cliente (Continuidad de Cuidad):** {Pre-Poblado}

**Nivel de Intercambio de Información:** (formulario de consentimiento)

**Referido por:**

**\*Primer Nombre:**

**Segundo Nombre:**

**\*Apellido:**

**Alias**

**Sufijo:**

**\*Calidad de Data de Nombre:** Nombre Completo Reportado Nombre Parcial, Callejero, o de Código Reportado  
(Seleccione uno) Cliente no sabe Cliente se rehusó Data no fue colectada

**\*Número de Seguro Social:** / /

**\*Calidad de Seguro Social:** (seleccione uno)

Seguro Social Completo Reportado  
Seguro Social Aproximado o Parcial Reportado  
Cliente no sabe  
Cliente se rehusó  
Data no fue colectada

**Fecha de Nacimiento:** / /

**\*Calidad de Fecha de Nacimiento:** (seleccione uno)

Fecha de Nacimiento Completa Reportada  
Fecha de Nacimiento Aproximada o Parcial Reportada  
Cliente no sabe  
Cliente se rehusó  
Data no fue colectada

**\*Género:** (seleccione uno) Masculino Femenino Transgénero F a M Transgénero M a F  
No se identifica como M o F o Transgénero Cliente no sabe Cliente se rehusó  
Data no fue colectada

**\*Etnia:** (seleccione una) Hispano/Latino No Hispano/No Latino Cliente no sabe  
Cliente se rehusó Data no fue colectada

**\*Raza:** (seleccione todas las que aplican)  
Indígena Americano/de Alaska Blanca Nativo de Hawaii/Isleño del Pacífico Negro/Afro-Americano  
asiático Cliente no sabe Cliente se rehusó Data no fue colectada

**Dirección de Calle:**

**Ciudad, Estado, Código Postal:**

**Teléfono:** **Fecha de Traslado:** / / (requerido para actualización domiciliaria)

**Otro Teléfono:**

**Correo Electrónico:**

**\*Estado de Veterano:** (seleccione uno)

No Si Cliente no sabe Cliente se rehusó Data no colectada

**Situación de Vivienda**

**\*Tipo de Residencia:** (seleccione una)

**-Situación sin Hogar-**

Lugar no está capacitado para vivir

Refugio de Emergencia, incluye hotel o motel pagado con un bono para refugios de emergencia

Refugio Seguro

Vivienda Provisional

**\*Duración de estadía en previo lugar:** (seleccione uno)

Una noche o menos

90 días o más, pero menos de un año

De dos a seis noches

Un año o más

Una semana o más, pero menos de un mes

Cliente no sabe

Un mes o más, pero menos de 90 días

Cliente se rehusó

Data no colectada

**\*Fecha Aproximada en la que desamparo empezó:**     /     /

**\*(Sin importar dónde se quedó anoche) Número de veces en las que el cliente ha estado en las calles, en Refugio de Emergencia, o Refugio Seguro en los últimos tres años incluyendo hoy:** (seleccione una)

Una vez

Dos Veces

Tres Veces

Cuatro o más veces

Cliente no sabe

Cliente se rehusó

Data no colectada

**\*Número total de meses de desamparo en las calles, en RE, o RS en los últimos tres años:** (seleccione una)

#### **-Situación Institucional-**

Hogar aprobado de cuidado u hogar aprobado grupal de cuidado

Hospital u otra instalación medica residencial no Psiquiátrica

Cárcel, prisión, o instalación de detención juvenil

Institución de cuidado a largo plazo o residencia de ancianos

Hospital Psiquiátrico u otra instalación Psiquiátrica

Institución de Tratamiento de abuso de sustancia o centro de desintoxicación

**\*Se quedo menos de 90 días:** (seleccione una)  No  Si

**\*(Si sí) ¿En la noche anterior, se quedó en las calles, Refugio de Emergencia, o Refugio Seguro?** (seleccione uno)  No  Si

**\*(Si sí) Fecha aproximada en la que desamparo empezó:**     /     /

**\*(Sin importar en dónde se quedó anoche) Número de veces en las que el cliente ha estado en las calles, en Refugio de Emergencia, o Refugio Seguro en los últimos tres años incluyendo hoy:** (seleccione una)

Una vez

Dos Veces

Tres Veces

Cuatro o más veces

Cliente no sabe

Cliente se rehusó

Data no colectada

**\*Número total de meses de desamparo en las calles, en Refugio de Emergencia, o Refugio Seguro en los últimos tres años:** (seleccione una)

Un mes (este mes es el primer mes)

2

3

4 o más meses

Cliente no sabe

Cliente se rehusó

Data no colectada

**-Situación Transitoria y Vivienda Permanente-**

- Hotel o motel pagado sin bono para refugios de emergencia
- Poseída por el cliente, sin subsidio de vivienda continuo
- Poseída por el cliente, con subsidio de vivienda continuo
- Vivienda permanente para personas sin hogar anteriormente (como: Proyecto CoC; programa de Legacy HUD; o HOPWA PH)
- Rentada por el cliente, sin subsidio de vivienda continuo
- Rentada por el cliente, con subsidio VASH
- Rentada por el cliente, con subsidio GDP TIP
- Rentada por el cliente, con otro subsidio de vivienda continuo
- Proyecto residencial u hogar a medias sin criterio de desamparo
- Queda o Vivienda en un cuarto, apartamento, u hogar de un familiar
- Queda o Vivienda en un cuarto, apartamento, u hogar de un amigo
- Vivienda transitoria para personas sin hogar (incluyendo jóvenes sin hogar)

\*¿Se ha quedado menos de 7 noches?: (seleccione uno) No Si

\*(Si sí) ¿En la noche anterior, se quedó en las calles, Refugio de Emergencia, o Refugio Seguro? (seleccione uno) No Si

\*(Si sí) Fecha aproximada en la que desamparo empezó: / /

\*(Sin importar en dónde se quedó anoche) Número de veces en las que el cliente ha estado en las calles, en Refugio de Emergencia, o Refugio Seguro en los últimos tres años incluyendo hoy: (seleccione una)

- Un mes (este mes es el primer mes) 2 3 4 5 6 7 8
- 9 10 11 12 Mas de 12 meses Cliente no sabe Cliente se rehusó
- Data no colectada

\*Ingreso de cualquier fuente: No Si Cliente no sabe Cliente se rehusó Data no colectada

\*Fuente de Ingreso Mensual: (seleccione todas las que aplican)

- Ingreso Ganado \$
- SSI: \$
- Compensación de discapacidad conectado a servicios de VA \$  Seguro de discapacidad privado \$
- TANF \$
- Ingreso de jubilación de parte de SSA \$
- Manutención alimenticia \$
- Otro \$
- Seguro de desempleo \$
- SSDI \$

Pensión de discapacidad conectada a servicios de VA \$

Compensación Laboral \$

Asistencia pública general \$ Ingreso de pensión o jubilación de parte de un trabajo anterior \$

Pensión conyugal u otro apoyo económico conyugal \$

**\*Cubierto por Seguro Médico:** (seleccione uno, si contesta si, por favor complete la información de abajo)

No    Si    Cliente no sabe    Cliente se rehusó    Data no colectada

**MEDICAID:** No    Si    **MEDICARE:** No    Si

**Programa de Seguro Médico Estatal para Niños:** No    Si

**Servicios Médicos de la Administración de Veteranos (VA):** No    Si

**Seguro Médico Provisto por Empleador:** No    Si

**Seguro Médico obtenido por medio de COBRA:** No    Si

**Seguro Médico Privado Pagado:** No    Si

**Seguro Médico Estatal para Adultos:** No    Si

**Seguro Médico Indígena:** No    Si

**Otro:** No    Si – Por favor especifique:

**Necesidades Especiales:**

**\*Discapacidades Físicas:** (seleccione una)

No    Si    Cliente no sabe    Cliente se rehusó    Data no colectada

**¿Se espera que sea continua por un largo e indefinido tiempo de duración y que afecte substancialmente sus habilidades de vivir independientemente?:** No    Si    Cliente no sabe    Cliente se rehusó    Data no colectada

**¿Documentación de discapacidad y severidad archivada?** No    Si

**Servicios/tratamientos recibidos durante el programa:**

No    Si

**\*Discapacidad del Desarrollo:** (seleccione uno)

No    Si    Cliente no sabe    Cliente se rehusó    Data no colectada

**¿Se espera que afecte substancialmente sus habilidades de vivir independientemente?:**

No    Si    Cliente no sabe    Cliente se rehusó    Data no colectada

**¿Documentación de discapacidad y severidad archivada?:** No    Si

**Servicios/tratamientos recibidos durante el programa:**

No    Si

**\*Condición de Salud Crónica:** (seleccione uno)

No    Si    Cliente no sabe    Cliente se rehusó    Data no colectada

**¿Se espera que sea continua por un largo e indefinido tiempo de duración y que afecte substancialmente sus habilidades de vivir independientemente?:** No Si Cliente no sabe Cliente se rehusó Data no colectada

**¿Documentación de discapacidad y severidad archivada?** No Si

**Servicios/tratamientos recibidos durante el programa:**

No Si

**\*VIH/SIDA:** (seleccione uno)

No Si Cliente no sabe Cliente se rehusó Data no colectada

**¿Se espera que afecte substancialmente sus habilidades de vivir independientemente?:**

No Si Cliente no sabe Cliente se rehusó Data no colectada

**¿Documentación de discapacidad y severidad archivada?** No Si

**Servicios/tratamientos recibidos durante el programa:**

No Si

**\*Problemas de Salud Mental:** (seleccione uno)

No Si Cliente no sabe Cliente se rehusó Data no colectada

(Si cliente tiene problemas de salud mental) **¿Se espera que sea continua por un largo e indefinido tiempo de duración y que afecte substancialmente sus habilidades de vivir independientemente?:**

No Si Cliente no sabe Cliente se rehusó Data no colectada

**¿Documentación de discapacidad y severidad archivada?** No Si

(Si cliente tiene problemas de salud mental) **Servicios/tratamientos recibidos durante el programa:**

No Si

**\*Abuso de Substancia** (seleccione uno)

No Abuso de Alcohol Abuso de Drogas Abuso de Ambos Drogas y Alcohol Cliente no sabe

Cliente se rehusó Data no colectada

(Si cliente tiene problemas de abuso de substancia) **¿Se espera que sea continua por un largo e indefinido tiempo de duración y que afecte substancialmente sus habilidades de vivir independientemente?:**

No Si Cliente no sabe Cliente se rehusó Data no colectada

**¿Documentación de discapacidad y severidad archivada?** No Si

**Servicios/tratamientos recibidos durante el programa:**

No Si

### **Violencia Domestica**

**\*Fecha de Información:**

**\*Victima/Sobreviviente de Violencia Domestica:** (seleccione una)

No      Si      Cliente no sabe      Cliente se rehusó      Data no colectada

**\*(Si sí) Cuando ocurrió la experiencia:** (seleccione una)

Dentro de los últimos tres meses      Cliente no sabe  
Tres o seis meses atrás      Cliente se rehusó  
De seis a doce meses atrás      Data no colectada  
Hace más de un ano

**\*¿Esta huyendo actualmente?** (seleccione una)

No      Si      Cliente no sabe      Cliente se rehusó      Data no colectada

**Fecha de Traslado Residencial: (Solamente para Realojamiento Rápido)**

**¿El cliente ha sido colocado en una Vivienda Permanente?:** No      Si

**\*(Si sí) Especifique Fecha de Vivienda Permanente:**      /      /

**Ultimo Grado Completado:** (seleccione uno)

Antes del 5to grado      5to-6to grado      7mo-8vo grado      9no-11avo grado      Grado 12  
Programa escolar que no tiene niveles de grado      GED      Cierta educación universitaria  
Título de Asociados      Título de Licenciatura      Título de Posgrado  
Certificado Vocacional      Cliente no sabe      Cliente se rehusó      Data no colectada

**Composición de Hogar:**

**\*Tipo de Familia/Individual:**

Masculino Singular      Familia de Dos Padres – Adulto  
Femenino Singular      Familia de Dos Padres – Jóvenes  
Masculino Singular Joven (<18)      Pareja de Adultos sin Niños  
Femenino Singular Joven (<18)      Hogar con solo Niños  
Familia de Padre Soltero – Cabecera de Hogar Masculino      Otro tipo de hogar  
Familia de Madre Soltera – Cabecera de Hogar Femenino      Miembro de hogar – adulto  
Familia de Padre Soltero – Cabecera de Hogar Joven      Miembro de hogar – niño

**\*Código Postal de Última Dirección Permanente:**      (ponga cinco "9" si el código postal es desconocido)

**Calidad de Data de Código Postal:** (seleccione uno)

Full/Parcial Código Postal Reportado      No se sabe      Se rehusó

**Fecha de Última Dirección Permanente**      /      /

**Ciudad/Pueblo de Última Dirección Permanente**

**Condado de Última Dirección Permanente**

Atlantic      Cumberland      Mercer      Passaic      Warren  
Bergen      Essex      Middlesex      Salem      En NJ pero Desconocido  
Burlington      Gloucester      Monmouth      Somerset      E.E.U.U pero no NJ

Camden      Hudson      Morris      Sussex      Fuera de E.E.U.U  
Cape May      Hunterdon      Ocean      Union      Desconocido

**Lugar de Nacimiento**

**Ciudadanía**      Ciudadano Americano      Alien Registrado      Alien Indocumentado

**Registración de Alien**

**Idioma Principal:**

Inglés      Español      Francés      Chino      Árabe      Hebreo  
Ruso      Idioma de Señas      Otro      Criollo      Griego      Italiano  
Japones      Vietnamita      Braille

**Elementos de Data Militar Opcional**

**Duración de Servicio Activo (meses)**

**Servicio en zona de guerra:**

No      Sí

**Veterano de guerra:**

No      Sí

**\*Estudiante Actual:** (seleccione uno)

Sí      No

**Preguntas sobre le Educación de los Niños:**

**\*Estado de Matricula de Educación:** (seleccione uno)      Sí      No      No se sabe      Se rehusó

**¿Cuántos niños?**

**Si sí, estuvo/está el niño conectado con el Enlace Escolar para la Asistencia de Desamparo de McKinney-Vento?**

(Seleccione uno) Sí      No      No se sabe      Se rehusó

**Grado:**

**Tipo de Escuela:** (seleccione uno)

Escuela Pública      Escuela Parroquial u otra Privada      No se sabe      Se rehusó

**Si no está inscrito, última fecha de inscripción [MM/AAAA]:**

**\*Cuerpo Estudiantil:**

**\*Condado de Escuela:**

**\*Distrito de Escuela:**

**\*Nombre de Escuela:**

**\*Espacio para niños adicionales:**

**\*Barreras de Inscripción:** (seleccione las que aplican)

Ninguna

Selección Escolar

Inmunización u Otros Récords Médicos

Residencia Requerida

Requisitos de Tutor Legal

Récords Escolares

Transportación

Otros Problemas de Inscripción

Certificados de Nacimiento

Récords de Examinación Física

**\*Estado Civil:** (seleccione uno)

Soltero

Casado

Derecho Común

Divorciado

Separado

Vuelto a Casarse

Viudo

Union Cívica

HA#

**\*Servicios Buscados:** (seleccione todas las que aplican)

Refugio/Vivienda

Asistencia Financiera – Vivienda



## NJHMIS Colaborativo

### Consentimiento del Cliente – Información de Autorización para Compartir Data vía NJHMIS

El Sistema Colaborativo de Manejo de Información de Desamparo (HMIS en Inglés) del NJHMIS sirve a la Progresión de comunidades y agencias Estatales de Nueva Jersey que incluyen agencias asociadas que trabajan juntas para proveer servicios a individuos y familias en Nueva Jersey que se encuentran sin hogar o están en riesgo de perder sus viviendas. La información colectada en la base de datos del HMIS está protegida en cumplimiento con los estándares de la Ley de Transferencia y Responsabilidad de Seguro Médico (HIPAA en Inglés) y los Estándares de Data del Departamento Estadounidense de Vivienda y Desarrollo Urbano HMIS. Cada persona y agencia que este autorizada en leer o entrar información en la Base de Datos de HMIS ha firmado un acuerdo de mantener la seguridad y confidencialidad de la información. Cualquier persona o agencia que sea encontrada de violar el acuerdo podría tener su derecho de acceso terminado y podría ser sujeto a penalidades futuras. La Base de Datos de HMIS opera en el internet y usa protecciones de seguridad para garantizar la confidencialidad. Por favor lea las siguientes declaraciones (o pregunte que sean leídas) y asegúrese de que haya tenido la oportunidad de obtener las respuestas a las preguntas que tenga.

#### YO ENTIENDO QUE:

- **La recopilación y el intercambio de mi información es para entender mis necesidades y asistirme como consumidor**
- Las agencias asociadas podrían compartir información identificatoria limitada sobre el(los) consumidor(es) que asisten con otras partes que asisten para combatir el desamparo
- La liberación de mi información no garantiza que yo vaya a recibir asistencia
- La liberación de mi información incluirá la Herramienta de Evaluación Coordinada (Coordinated Assessment Tool) que será compartida con todas las agencias asociadas al NJHMIS a las cuales seré referido(a). adicionalmente entiendo que este consentimiento permitirá que las agencias a las cuales seré referido(a), sus empleados y agentes, liberen e intercambien cualquier y todo tipo de información en la Herramienta de Evaluación Coordinada
- Esta liberación de mi información podría incluir **cualquier y todo** tipo de fondos de desembolso en efectivo recibido publicado (condado, estatal, o federal)
- Esta autorización se mantendrá en efecto al menos que yo lo anule en escrito, y yo podría anular la autorización en cualquier momento al firmar una declaración escrita o Formulario de Anulación
- Si yo anulo mi autorización, toda información sobre mi existente en la base de datos permanecerá, pero se volverá invisible para todas las agencias asociadas, excepto **cualquier y todo** tipo de desembolso en efectivo (condado, estatal, o federal)
- **Si estoy aplicando para desembolso en efectivo del condado, estatal o federal, como SSH, HPRP, y TANF Asistencia de Emergencia, esta información será compartida con los usuarios del NJHMIS Colaborativo y agencias Estatales**

Firmando este formulario, yo estoy de acuerdo en compartir el siguiente nivel de información con otras agencias asociadas al NJHMIS por vía del sistema computarizado de NJHMIS

- A) Yo estoy de acuerdo en compartir mi nombre (Primero, Segundo, Apellido) genero, ascendencia, inscripción y salida de programa, información demográfica, información miscelánea, información de contacto, e información de desembolso en efectivo del cliente por vía del sistema de HMIS con otras agencias asociadas de NJHMIS
- B) Yo no estoy de acuerdo en compartir ninguna información mía por vía del sistema de HMIS con otras agencias asociadas de HMIS por medio del sistema computarizado de NJHMIS. **A excepción del cualquier y todo tipo de fondos de desembolso en efectivo mencionado anteriormente.**

\_\_\_\_\_  
Nombre de Cliente (*imprenta por favor*)

\_\_\_\_\_  
Firma de Cliente

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Nombre de Guardian, si requerido (*imprenta por favor*)

\_\_\_\_\_  
Firma de Guardian (si requerido)

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Nombre de Personal de Agencia (*imprenta por favor*)

\_\_\_\_\_  
Firma de Personal de Agencia

\_\_\_\_\_  
Fecha