

Nombre/Identificación:

Primer Nombre Legal: _____ Segundo Nombre: _____

Apellido Legal: _____ Sufijo: _____

Fecha de Nacimiento: _____ NSS: _____

Destino y Motivo de Salida (Todos los campos son requeridos a menos que se indique lo contrario)

Destino (Seleccione uno solo)

- Fallecido
- Refugio de Emergencia, incluyendo hotel o motel pagado con un cupón de refugio de emergencia.
- Hogar de crianza temporal
- Hospital u otro centro médico residencial no psiquiátrico
- Hotel o motel pagado sin un cupón de refugio de emergencia
- Prisión, cárcel, o centro de detención juvenil
- Centro de cuidado de largo plazo o residencia para mayores
- Se trasladó de un proyecto financiado por HOPWA a una Vivienda Permanente de HOPWA
- Se trasladó de un proyecto financiado por HOPWA a una Vivienda Temporal de HOPWA
- Propiedad del cliente, sin subsidio de vivienda
- Propiedad del cliente, con subsidio de vivienda
- Vivienda de apoyo permanente para personas que antes no tenían hogar (tales como: Proyecto de Continuidad de Cuidado; o proyectos heredados de HUD; o Vivienda Permanente de HOPWA)
- Lugar no apto para residencia humana (e.g., un vehículo, un edificio abandonado, bus/tren/estación de tren /aeropuerto o cualquier sitio al aire libre)
- Hospital psiquiátrico u otro centro psiquiátrico
- Arrendado por el cliente, sin subsidio de vivienda
- Arrendado por el cliente, con subsidio de vivienda de VASH
- Arrendado por el cliente, con subsidio de vivienda de GPD TIP
- Arrendado por el cliente, con algún otro subsidio
- Proyecto residencial sin criterio para personas sin hogar
- Refugio Seguro
- Viviendo u hospedándose con familia, permanencia permanente
- Viviendo u hospedándose con familia, permanencia temporal (e.g., habitación, apartamento o casa)
- Viviendo u hospedándose con amigos, permanencia permanente
- Viviendo u hospedándose con amigos, permanencia temporal (e.g., habitación, apartamento o casa)
- Centro de desintoxicación o tratamiento de abuso de sustancias
- Vivienda transitoria para personas sin hogar (incluyendo personas jóvenes sin hogar)
- Otro, especifique: _____
- Entrevista de salida no completada
- Cliente no sabe
- Cliente se rehúsa
- Dato no recolectado

Motivo de Salida (Seleccione uno solo)	
<input type="checkbox"/> Salida por una oportunidad de obtener vivienda antes de completar el programa	<input type="checkbox"/> Las necesidades no pudieron ser cumplidas por el programa
<input type="checkbox"/> Programa completado	<input type="checkbox"/> Desacuerdo con las reglas/personas
<input type="checkbox"/> No pago de arriendo/cargo de alquiler	<input type="checkbox"/> Muerte
<input type="checkbox"/> No cumplimiento del programa	<input type="checkbox"/> Desconocido/desaparecido
<input type="checkbox"/> Actividad criminal /destrucción de propiedad/violencia	<input type="checkbox"/> Otro
<input type="checkbox"/> Alcanzó el tiempo máximo permitido por el programa	

Dirección de Destino (Opcional)	
Dirección de Calle:	# de Unidad:
Ciudad:	Condado:
Estado:	Código Postal: _____ - _____ País:
Correo Electrónico:	Teléfono: _____ Teléfono Alternativo:

Ingreso y Seguro (Todos los campos son requeridos a menos que se indique lo contrario)

Fuente de Ingreso (Seleccione todos los que apliquen):	Ingresos Declarados:	Intervalo de Pago					
		Semanal	Cada dos semanas	Dos veces al mes	Mensual	Trimestral	Anual
<input type="checkbox"/> Sin recursos financieros		<input type="checkbox"/>					
<input type="checkbox"/> Ingresos Obtenidos (<i>sueldos salariales / efectivo</i>)		<input type="checkbox"/>					
<input type="checkbox"/> Seguro de Desempleo		<input type="checkbox"/>					
<input type="checkbox"/> Ingreso Suplementario de Seguridad (SSI)		<input type="checkbox"/>					
<input type="checkbox"/> Ingreso de Seguridad Social por Discapacidad (SSDI)		<input type="checkbox"/>					
<input type="checkbox"/> Compensación por discapacidad relacionada con el servicio de VA		<input type="checkbox"/>					
<input type="checkbox"/> Pensión por discapacidad no relacionada con el servicio de VA		<input type="checkbox"/>					
<input type="checkbox"/> Seguro de Discapacidad Privada		<input type="checkbox"/>					
<input type="checkbox"/> Compensación de Trabajador		<input type="checkbox"/>					
<input type="checkbox"/> Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (<i>CalWORKs</i>)		<input type="checkbox"/>					
<input type="checkbox"/> Asistencia General (GA) (<i>Alivio General (GR)</i>)		<input type="checkbox"/>					
<input type="checkbox"/> Ingreso de Jubilación del Seguro Social		<input type="checkbox"/>					
<input type="checkbox"/> Pensión o Ingreso de Jubilación de un antiguo empleo		<input type="checkbox"/>					
<input type="checkbox"/> Manutención Infantil		<input type="checkbox"/>					
<input type="checkbox"/> Manutención Conyugal		<input type="checkbox"/>					
<input type="checkbox"/> Otra Fuente (Especifique: _____)		<input type="checkbox"/>					
<input type="checkbox"/> Cliente no sabe							
<input type="checkbox"/> Cliente se rehúsa							

<input type="checkbox"/> Dato no recolectado							
--	--	--	--	--	--	--	--

Documentación de Ingresos (Opcional):			Comentarios (Opcional):
<input type="checkbox"/> Formulario de GR	<input type="checkbox"/> Formulario de CalWORKS	<input type="checkbox"/> Carta/Recibo de Pensión	
<input type="checkbox"/> Recibo de Salario	<input type="checkbox"/> Formulario de Seguro de Desempleo	<input type="checkbox"/> Formulario de Desempleo	
<input type="checkbox"/> Préstamo de Servicios Públicos	<input type="checkbox"/> Formulario W-2	<input type="checkbox"/> Auto Declaración	
<input type="checkbox"/> Formulario de Manutención infantil	<input type="checkbox"/> Formulario SSDI	<input type="checkbox"/> Carta del Empleador	
<input type="checkbox"/> Formulario de Seguridad Social	<input type="checkbox"/> Compensación de Trabajador	<input type="checkbox"/> Documentación de VA	
<input type="checkbox"/> Formulario de SSI	<input type="checkbox"/> Documentacion de Autoempleo		

Beneficios no Monetarios (Seleccione todos los que apliquen)			
<input type="checkbox"/> Ninguno	<input type="checkbox"/> Cliente no sabe	<input type="checkbox"/> Cliente se rehúsa	<input type="checkbox"/> Dato no recolectado
<input type="checkbox"/> Estampillas de Comida (CalFresh) Cantidad: _____	<input type="checkbox"/> Cuidado Infantil de CalWorks	<input type="checkbox"/> Asistencia de Arriendo Temporal	<input type="checkbox"/> Programa para Personas con Necesidades Médicas Cantidad: _____
<input type="checkbox"/> WIC	<input type="checkbox"/> Transporte de CalWorks	<input type="checkbox"/> Sección 8 o Asistencia de Arriendo	
	<input type="checkbox"/> Otros servicios financiados por CalWorks	<input type="checkbox"/> Otro _____	

Seguro Médico (Seleccione todos los que apliquen)			
<input type="checkbox"/> Sin Seguro Medico	<input type="checkbox"/> Cliente no sabe	<input type="checkbox"/> Cliente se rehúsa	<input type="checkbox"/> Dato no recolectado
<input type="checkbox"/> MediCal	<input type="checkbox"/> MEDICARE	<input type="checkbox"/> Seguro de Salud Infantil Estatal	<input type="checkbox"/> Servicios Medicos de VA
<input type="checkbox"/> Prestado por el Empleador	<input type="checkbox"/> Seguro COBRA	<input type="checkbox"/> Seguro Medico Privado	<input type="checkbox"/> Programa de Servicio de Salud Indígena
<input type="checkbox"/> Otro _____			

Programa de Salida:

Nombre del Programa: _____

Administrador del Caso: _____

Fecha de Salida del Programa: ____ / ____ / ____

BIENESTAR – Todos los clientes, las preguntas requeridas están sombreadas

Pregunta	Seleccione una Respuesta		Comentarios
¿Tiene alguna discapacidad física?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Cliente no sabe <input type="checkbox"/> Cliente se rehúsa <input type="checkbox"/> Dato no recolectado	
Discapacidad Física: Se espera que sea de larga, continua e indefinida duración y que impida sustancialmente la habilidad de vivir independientemente. (Se requiere si la pregunta anterior es SI)	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Cliente no sabe <input type="checkbox"/> Cliente se rehúsa <input type="checkbox"/> Dato no recolectado	
Discapacidad Física: Documentación de discapacidad y severidad en el archivo (Se requiere si discapacidad física es SI)	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	
En caso afirmativo, ¿Actualmente está recibiendo servicios o tratamiento para esta condición? (Se requiere si discapacidad física es SI)	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Cliente no sabe <input type="checkbox"/> Cliente se rehúsa <input type="checkbox"/> Dato no recolectado	
¿Tiene una discapacidad de desarrollo?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Cliente no sabe <input type="checkbox"/> Cliente se rehúsa <input type="checkbox"/> Dato no recolectado	
Discapacidad de Desarrollo: Se espera que sea de larga, continua e indefinida duración y que impida sustancialmente la habilidad de vivir independientemente. (Se requiere si la pregunta anterior es SI)	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Cliente no sabe <input type="checkbox"/> Cliente se rehúsa <input type="checkbox"/> Dato no recolectado	
Discapacidad de Desarrollo: Documentación de discapacidad y severidad en el archivo (Se requiere si discapacidad de desarrollo es SI)	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	
En caso afirmativo, ¿Actualmente está recibiendo servicios o tratamiento para esta condición? (Se requiere si discapacidad de desarrollo es SI)	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Cliente no sabe <input type="checkbox"/> Cliente se rehúsa <input type="checkbox"/> Dato no recolectado	
¿Ha sido diagnosticado con SIDA o es VIH positivo?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Cliente no sabe <input type="checkbox"/> Cliente se rehúsa <input type="checkbox"/> Dato no recolectado	
SIDA / VIH: Se espera que impida sustancialmente la habilidad de vivir independientemente. (Se requiere si la pregunta anterior es SI)	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Cliente no sabe <input type="checkbox"/> Cliente se rehúsa <input type="checkbox"/> Dato no recolectado	
SIDA / VIH: Documentación de discapacidad y severidad en el archivo (Se requiere si VIH/SIDA es SI)	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	
En caso afirmativo, ¿Actualmente está recibiendo servicios o tratamiento para esta condición? (Se requiere si VIH/SIDA es SI)	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Cliente no sabe <input type="checkbox"/> Cliente se rehúsa <input type="checkbox"/> Dato no recolectado	
¿Siente que tiene un problema de salud mental?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Cliente no sabe <input type="checkbox"/> Cliente se rehúsa <input type="checkbox"/> Dato no recolectado	

Salud Mental: Se espera que sea de larga, continua e indefinida duración y que impida sustancialmente la habilidad de vivir	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Cliente no sabe <input type="checkbox"/> Cliente se rehúsa	
---	--	--	--

independientemente. (Se requiere si la pregunta anterior es SI)	<input type="checkbox"/> Dato no recolectado	
Salud Mental: Documentación de discapacidad y severidad en el archivo (Se requiere si salud mental es SI)	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
En caso afirmativo, ¿Actualmente está recibiendo servicios o tratamiento para esta condición? (Se requiere si salud mental es SI)	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> Cliente no sabe <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Cliente se rehúsa <input type="checkbox"/> Dato no recolectado	
Salud Mental: En caso afirmativo para esta condición, ¿Cómo se confirma? (Se requiere si salud mental es SI)	<input type="checkbox"/> Sin confirmar; presunto o auto-reportado <input type="checkbox"/> Confirmado mediante evaluación clínica <input type="checkbox"/> Confirmado mediante evaluación previa o historia clínica	
Salud Mental: Enfermedad Mental Seria (SMI), en caso positivo para esta condición, ¿Cómo se confirma? (Se requiere si salud mental es SI)	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sin confirmar; presunto o auto-reportado <input type="checkbox"/> Confirmado mediante evaluación clínica <input type="checkbox"/> Confirmado mediante evaluación previa o historia clínica <input type="checkbox"/> Cliente no sabe <input type="checkbox"/> Cliente se rehúsa <input type="checkbox"/> Dato no recolectado	
¿Tiene algún problema de drogas o alcohol?	<input type="checkbox"/> Drogas <input type="checkbox"/> Cliente no sabe <input type="checkbox"/> Alcohol <input type="checkbox"/> Cliente se rehúsa <input type="checkbox"/> Ambos <input type="checkbox"/> Dato no recolectado <input type="checkbox"/> No	
Abuso de Sustancias: Se espera que sea de larga, continua e indefinida duración y que impida sustancialmente la habilidad de vivir independientemente. (Se requiere si la pregunta anterior es SI)	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> Cliente no sabe <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Cliente se rehúsa <input type="checkbox"/> Dato no recolectado	
Abuso de Sustancias: Documentación de discapacidad y severidad en el archivo (Se requiere si abuso de sustancias es SI)	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
En caso afirmativo, ¿Actualmente está recibiendo servicios o tratamiento para esta condición? (Se requiere si abuso de sustancias es SI)	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> Cliente no sabe <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Cliente se rehúsa <input type="checkbox"/> Dato no recolectado	
Abuso de Sustancias: En caso afirmativo para esta condición, ¿Cómo se confirma? (Se requiere si abuso de sustancias es SI)	<input type="checkbox"/> Sin confirmar; presunto o auto-reportado <input type="checkbox"/> Confirmado mediante evaluación clínica <input type="checkbox"/> Confirmado mediante evaluación previa o historia clínica	
Condición Crónica de Salud	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> Cliente no sabe <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Cliente se rehúsa <input type="checkbox"/> Dato no recolectado	

Condición Crónica de Salud: Se espera que sea de larga, continua e indefinida duración y que impida sustancialmente la habilidad de vivir independientemente. (Se requiere si la pregunta anterior es SI)	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Cliente no sabe <input type="checkbox"/> Cliente se rehúsa <input type="checkbox"/> Dato no recolectado	
--	--	--	--

Condición Crónica de Salud: Documentación de discapacidad y severidad en el archivo (Se requiere si condición crónica de salud es SI)	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	
En caso afirmativo, ¿Actualmente está recibiendo servicios o tratamiento para esta condición? (Se requiere si condición crónica de salud es SI)	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Cliente no sabe <input type="checkbox"/> Cliente se rehúsa <input type="checkbox"/> Dato no recolectado	

EMPLEO: Para adultos mayores de 28 años o cabeza de hogar < 18 años. Las preguntas requeridas están sombreadas

Pregunta	Seleccione Una Respuesta	Comentarios
¿Actualmente está empleado?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> Cliente no sabe <input type="checkbox"/> Cliente se rehúsa <input type="checkbox"/> Dato no recolectado
En caso afirmativo para 'Empleado', Tipo de empleo: (Se requiere si actualmente empleado es SI)	<input type="checkbox"/> Tiempo Completo <input type="checkbox"/> Medio Tiempo <input type="checkbox"/> Temporal/ esporádico (incluyendo trabajo diurno)	
En caso negativo para 'Empleado' ¿Por qué no está empleado? (Se requiere si actualmente empleado es NO)	<input type="checkbox"/> Buscando empleo <input type="checkbox"/> No está habilitado para trabajar	<input type="checkbox"/> No está buscando trabajo

PATH Preguntas: Se requiere SOLO para clientes financiados por PATH

Conexión con SOAR	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Cliente no sabe <input type="checkbox"/> Cliente se rehúsa <input type="checkbox"/> Dato no recolectado	
-------------------	--	--	--

Firma del Cliente

Sitio

Fecha

Firma del personal de la agencia

Sitio

Fecha

DO NOT WRITE IN BOX BELOW – DATA ENTRY PERSONNEL ONLY (Optional):

Date entered into HMIS: ____/____/____

Question	Answer	Initials of Staff completion	Comments
Was the hard copy exit form completely filled out correctly?	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No		

Staff Name (verifying completion of Data Entry): _____