

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
- Viviend 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 rehusa
- Dato no recolectado

**Motivo de Salida (Seleccione uno solo)**

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

**Dirección de Destino (Opcional)**

Dirección de Calle:	# de Unidad:
Ciudad:	Condado:
Estado: _____ - _____	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)	<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"/> Transporte de CalWorks	<input type="checkbox"/> Sección 8 o Asistencia de Arriendo	Cantidad: _____
<input type="checkbox"/> WIC	<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
1. ¿Tiene alguna discapacidad física?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> Cliente no sabe <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Cliente se rehúsa <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Dato no recolectado	
1.a. 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"/> Cliente no sabe <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Cliente se rehúsa <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Dato no recolectado	
1b. 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	
1c 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"/> Cliente no sabe <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Cliente se rehúsa <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Dato no recolectado	
2.¿Tiene una discapacidad de desarrollo?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> Cliente no sabe <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Cliente se rehúsa <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Dato no recolectado	
2a. 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"/> Cliente no sabe <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Cliente se rehúsa <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Dato no recolectado	
2b. 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	
2c. 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"/> Cliente no sabe <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Cliente se rehúsa <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Dato no recolectado	
3. ¿Ha sido diagnosticado con SIDA o es VIH positivo?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> Cliente no sabe <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Cliente se rehúsa <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Dato no recolectado	
3a. 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"/> Cliente no sabe <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Cliente se rehúsa <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Dato no recolectado	
3b. 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	
3c. 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"/> Cliente no sabe <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Cliente se rehúsa <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Dato no recolectado	

4. ¿Siente que tiene un problema de salud mental?	<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	
4a. Salud Mental: Se espera que sea de larga, continua e indefinida	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> Cliente no sabe	

duración y que impida sustancialmente la habilidad de vivir independientemente.  (Se requiere si la pregunta anterior es SI)	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Cliente se rehúsa <input type="checkbox"/> Dato no recolectado	
4b. 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	
4c. 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	
5. ¿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	
5a. 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	
5b. 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	
5c. 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	
6. 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	
6a. 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"/> Cliente no sabe <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Cliente se rehúsa <input type="checkbox"/> Dato no recolectado	
6b. 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	
6c. 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"/> Cliente no sabe <input type="checkbox"/> No <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
7. ¿Actualmente está empleado?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Cliente no sabe <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> Cliente se rehúsa <input type="checkbox"/> Dato no recolectado	
7a. 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)	

7b. En caso negativo para 'Empleado' ¿Por qué no está empleado? <b>(Se requiere si actualmente empleado es</b>	<input type="checkbox"/> Buscando empleo <input type="checkbox"/> No está habilitado para trabajar	<input type="checkbox"/> No está buscando trabajo	
---	---	---	--

(NO)		
------	--	--

**RHY Preguntas:** Se requiere SOLO para clientes financiados por RHY

8. Fecha de Estado de BCP <b>(Se requiere solo para proyectos ES o HP)</b>	/ / _____	
9. Juventud FYSB <b>(Se requiere solo para proyectos ES o HP)</b>	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
9a. Razón para no prestar los servicios <b>(Se requiere si la pregunta anterior es NO)</b>	<input type="checkbox"/> Fuera del rango de edad <input type="checkbox"/> Bajo la tutela del Estado– Reunificación Inmediata <input type="checkbox"/> Bajo la tutela del Sistema de Justicia Penal – Reunificación Inmediata	
10. Comparado con personas de su edad, usted diría que su salud es: <b>(Se requiere para RHY y VASH)</b>	<input type="checkbox"/> Excelente <input type="checkbox"/> Pobre <input type="checkbox"/> Muy Bien <input type="checkbox"/> Cliente no sabe <input type="checkbox"/> Bien <input type="checkbox"/> Cliente se rehúsa <input type="checkbox"/> Aceptable <input type="checkbox"/> Dato no recolectado	
11. Estado de Salud Dental	<input type="checkbox"/> Excelente <input type="checkbox"/> Pobre <input type="checkbox"/> Very Bien <input type="checkbox"/> Cliente no sabe <input type="checkbox"/> Bien <input type="checkbox"/> Cliente se rehúsa <input type="checkbox"/> Aceptable <input type="checkbox"/> Dato no recolectado	
12. Estado de Salud Mental	<input type="checkbox"/> Excelente <input type="checkbox"/> Pobre <input type="checkbox"/> Very Bien <input type="checkbox"/> Cliente no sabe <input type="checkbox"/> Bien <input type="checkbox"/> Cliente se rehúsa <input type="checkbox"/> Aceptable <input type="checkbox"/> Dato no recolectado	
13. Un plan o acuerdo de seguimiento escrito	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> Cliente se rehúsa <input type="checkbox"/> No	
14. Consejo y/o referencia a programas de asistencia apropiados	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> Cliente se rehúsa <input type="checkbox"/> No	
15. Posicionamiento en vivienda apropiada permanente y estable (no un refugio)	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> Cliente se rehúsa <input type="checkbox"/> No	
16. Debido a circunstancias inevitables o escasez de vivienda apropiada, la juventud debe ser transladada o acompañada a un refugio temporal	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> Cliente se rehúsa <input type="checkbox"/> No	
17. Consejería de Salida	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> Cliente se rehúsa <input type="checkbox"/> No	
18. Un curso de tratamiento o servicios de seguimiento adicionales	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> Cliente se rehúsa <input type="checkbox"/> No	
19. Se ha programado una reunión de seguimiento o a una serie de reuniones o contactos entre el personal y la juventud	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> Cliente se rehúsa <input type="checkbox"/> No	
20. Un “paquete” de cosas como mapas, información acerca de refugios locales y recursos	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> Cliente se rehúsa <input type="checkbox"/> No	

21. Otro	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Cliente se rehúsa	
----------	--	--	--

22. Estado de Cumplimiento del Proyecto	<input type="checkbox"/> Proyecto completado <input type="checkbox"/> La juventud salió temprano voluntariamente <input type="checkbox"/> La juventud fue expulsada o involuntariamente retirada del proyecto	
22a. Si la juventud salió temprano.voluntariamente, seleccione la Razón principal <i>(Se requiere si la pregunta anterior es 'La juventud salió temprano voluntariamente')</i>	<input type="checkbox"/> Salio por otras oportunidades – Vivir independiente <input type="checkbox"/> Salio por otras oportunidades – Educación <input type="checkbox"/> Salio por otras oportunidades – Servicio Militar <input type="checkbox"/> Salio por otras oportunidades – Otro <input type="checkbox"/> Las necesidades no pudieron ser satisfechas por el proyecto	
22b. Si La juventud fue expulsada o involuntariamente retirada del proyecto, seleccione la Razón principal <i>(Se requiere si el Estado de Cumplimiento del Proyecto es 'La juventud fue expulsada o involuntariamente retirada del proyecto')</i>	<input type="checkbox"/> Actividad criminal /destrucción de propiedad/violencia <input type="checkbox"/> Incumplimiento de las reglas del proyecto <input type="checkbox"/> Incumplimiento en el pago del arriendo/cobro de ocupación <input type="checkbox"/> Alcanzó el tiempo máximo permitido por el proyecto <input type="checkbox"/> Proyecto terminado <input type="checkbox"/> Desconocido/desaparecido	
23. Reunificación familiar lograda	<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	

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**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): \_\_\_\_\_