**FORMULARIO DE HMIS - INSCRIPCIÓN A ALBERGUES DE EMERGENCIA (ES)**

HMIS ENTRY FORM for Emergency Shelters (ES)

**¿RECONOCIMIENTO Y CONSENTIMIENTO DE HMIS COMPLETADO?  SÍ  NO**

HMIS ACKNOWLEDGEMENT OF DATA COLLECTION AND ROI PROCESS COMPLETED?

NOMBRE DEL JEFE DEL GRUPO (JdG) INFORMACIÓN DEL GRUPO EXISTENTE

HEAD OF HOUSEHOLD (HoH) NAME EXISTING HOUSEHOLD INFO

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|   |  **completo**full **aprox. o parcial** approx. or partial | **¿Este formulario está agregando cliente(s) a un grupo existente?  Sí  No**Is this form is adding client(s) to an existing household? If yes, HMIS Client ID (HoH) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  |

NÚMERO DE SEGURO SOCIAL (JdG) VETERANO (JdG)

SOCIAL SECURITY NUMBER (HoH) VETERAN STATUS (HoH)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| - - |  |  **SÍ** | **Cumplió servicio activo en el ejército de los EE. UU.** Served active duty in the US military |
|  |  |  **NO** | **No cumplió servicio activo en el ejército de los EE. UU.** Did not serve active duty in the US military |

FECHA DE NACIMIENTO (JdG) FECHA DE INICIO DEL PROGRAMA
DATE OF BIRTH (HoH) PROJECT START DATE (first stay in bed or unit)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| / / |  **completo**full **aprox. o parcial** approx. or partial | / / |

MIEMBROS ADICIONALES DEL GRUPO

ADDITIONAL HOUSEHOLD MEMBERS

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Nombre | Número de seguridad social | Fecha de nacimiento | Relación con el jefe del grupo | Raza(s) | **HispanoLatino**S/N | Genero | **Veterano**S/N |
| Name | SSN | DOB | Relationshipto HoH | Race(s) | HispanicLatinoY/N | Gender | VeteranY/N |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |

UBICACIÓN DE CLIENTE CONDADO DONDE RECIBIÓ AYUDA

CLIENT LOCATION (HoH) COUNTY WHERE SERVED

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  OH-504 Mahoning County CoC |  |  |
|  OH-507 Ohio Balance of State CoC |  |  |
|  Other \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  |  |

SI NO SE APLICÓ LA VACUNA PARA COVID-19
IF NOT VACCINATED FOR COVID-19 (Ohio Balance of State CoC Clients)

|  |  |
| --- | --- |
| NombreName | ¿El cliente da su consentimiento para recibir la vacuna COVID-19 sin costo?Would the client consent to a COVID-19 vaccine at no cost? |
|  |  Yes |  |
|  No | **¿Cual es el motivo de no aplicarse la vacuna?**What are the concerns? |
|  |  Yes |  |
|  No | **¿Cual es el motivo de no aplicarse la vacuna?**What are the concerns? |
|  |  Yes |  |
|  No | **¿Cual es el motivo de no aplicarse la vacuna?**What are the concerns? |
|  |  Yes |  |
|  No | **¿Cual es el motivo de no aplicarse la vacuna?**What are the concerns? |
|  |  Yes |  |
|  No | **¿Cual es el motivo de no aplicarse la vacuna?**What are the concerns? |

SI EL CLIENTE ESTÁ TOTAL O PARCIALMENTE VACUNADO PARA COVID-19
IF CLIENT IS FULLY OR PARTIALLY VACCINATED FOR COVID-19 (Ohio Balance of State CoC Clients)

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| NombreName | Fecha de administración de la dosis de la vacunaDate Vaccine Dose Administered | LaboratorioManufacturer | Datos de contactoNúmero de teléfono o correo del clienteContact InfoClient phone number or email address | Documentación de la vacunaVaccine Documentation |
|  | / / |  Moderna Pfizer |  |  **Proveedor de Salud** -Healthcare provider **Client refiere** - Self-report **Tarjeta de vacunación** - Vaccine card |
|  | / / |  Moderna Pfizer |  |  **Proveedor de Salud** -Healthcare provider **Client refiere** - Self-report **Tarjeta de vacunación** - Vaccine card |
|  | / / |  Moderna Pfizer |  |  **Proveedor de Salud** -Healthcare provider **Client refiere** - Self-report **Tarjeta de vacunación** - Vaccine card |
|  | / / |  Moderna Pfizer |  |  **Proveedor de Salud** -Healthcare provider **Client refiere** - Self-report **Tarjeta de vacunación** - Vaccine card |

RAZA (JdG) Marque lo que corresponda. GÉNERO (JdG)

RACE (HoH) Check all that apply. GENDER (HoH)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  **Nativo Americano o Nativo de Alaska**American Indian or Alaskan Native (AI / AN) |  |  **Masculino**Male |
|  **Negro / Afroamericano**Black / African American (B) |  |  **Femenino**Female |
|  **Nativo de Hawai / Otras Islas del Pacífico**Native Hawaiian / Other Pacific Islander (NH) |  |  **Transgénero de fem. a mas. (hombre trans)**Transgender female to male (Transgender man) |
|  **Asiático**Asian (A) |  |  **Transgénero de mas. a fem. (mujer trans)**Transgender male to female (Transgender woman) |
|  **Blanco**White (W) |  |  **Género no conforme**Gender non-conforming |

ETNIA (JdG)

ETHNICITY (HoH)

|  |
| --- |
|  **No Hispano / No Latino**Non-Hispanic / Non-Latino |
|  **Hispano / Latino**Hispanic / Latino |

MIEMBROS DEL HOGAR CON CONDICIONES DE DISCAPACIDAD

HOUSEHOLD MEMBERS WITH DISABLING CONDITIONS

|  |  |
| --- | --- |
| Nombre | Incapacidad de larga duración que limita sustancialmente la capacidad del cliente para vivir independientemente |
| Name | Disability of long duration that substantially limits the client's ability to live on their own |
|  |  **Física** Physical **Desarrollo** Developmental **Enfermedad crónica** Chronic health condition **Salud mental** Mental health  **VIH / SIDA** HIV/AIDS **Abuso de drogas** Drug abuse **Abuso de alcohol** Alcohol abuse **Abuso de alcohol y drogas** Drug abuse and alcohol abuse |
|  |  **Física** Physical **Desarrollo** Developmental **Enfermedad crónica** Chronic health condition **Salud mental** Mental health  **VIH / SIDA** HIV/AIDS **Abuso de drogas** Drug abuse **Abuso de alcohol** Alcohol abuse **Abuso de alcohol y drogas** Drug abuse and alcohol abuse |
|  |  **Física** Physical **Desarrollo** Developmental **Enfermedad crónica** Chronic health condition **Salud mental** Mental health  **VIH / SIDA** HIV/AIDS **Abuso de drogas** Drug abuse **Abuso de alcohol** Alcohol abuse **Abuso de alcohol y drogas** Drug abuse and alcohol abuse |
|  |  **Física** Physical **Desarrollo** Developmental **Enfermedad crónica** Chronic health condition **Salud mental** Mental health  **VIH / SIDA** HIV/AIDS **Abuso de drogas** Drug abuse **Abuso de alcohol** Alcohol abuse **Abuso de alcohol y drogas** Drug abuse and alcohol abuse |

RESIDENCIA ANTERIOS (HASTA ANOCHE) Completar por separado para cada adulto.

RESIDENCE PRIOR (UNTIL LAST NIGHT) Complete separately for each adult.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Condado de Residencia AnteriorCounty of Residence Prior | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Nombre del ClienteClient Name) | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Literalmente Sin HogarLliterally Homeless |
|  **Lugar no destinado para habitación**Place not meant for habitation |
|  **Refugio de emergencia, incluido hotel o motel pagado con un vale de refugio de emergencia, of refugio de viviendas anfitrionas financiado por RHY**Emergency shelter, including hotel or motel paid for with emergency shelter voucher, or RHY-funded Host Home shelter |
|  **Hogar de Acogida**Safe Haven |
| Situaciones InstitucionalesInstitutional Situations |
|  **Hogar de crianza temporal u hogar grupal de crianza temporal**Foster care home or foster care group home |  **Centro de cuidado a largo plazo u hogar de ancianos**Long-term care facility or nursing home |
|  **Hospital u otra instalación médica residencial no psiquiátrica**Hospital or other residential non-psychiatric medical facility |  **Hospital psiquiátrico u otro centro psiquiátrico**Psychiatric hospital or other psychiatric facility |
|  **Penitenciaria o centro de detención juvenil**Jail, prison or juvenile detention facility |  **Centro de tratamiento de abuso de sustancias o centro de desintoxicación**Substance abuse treatment facility or detox center |
| Situaciones temporales y permanentes de viviendTemporary and Permanent Situations  |
|  **Proyecto residencial o casa intermedia sin criterios de desamparo**Residential project or halfway house with no homeless criteria |  **Vivienda permanente (que no sea RRH) para personas sin hogar anteriormente**Permanent housing (other than RRH) for formerly homeless persons |
|  **Hotel o motel pagado sin vale de albergue de emergencia**Hotel or motel paid for without emergency shelter voucher |  **Alquiler por cliente, con RRH o subsidio equivalente** Rental by client, with RRH or equivalent subsidy |
|  **Hospedaje temporal para personas sin hogar, incluidos jóvenes sin hogar**Transitional housing for homeless persons including homeless youths |  **Alquiler por cliente, con comprobante de HCV (basado en inquilino o proyecto)**Rental by client, with HCV voucher (tenant or project based) |
|  **Casa de acogida (sin crisis)**Host Home (non-crisis) |  **Alquiler por cliente en una vivienda pública**Rental by client in a public housing unit |
|  **Alojarse o vivir en la habitación de un amigo, apartamento o casa**Staying or living in a friend’s room, apartment or house |  **Alquiler por cliente, sin subsidio de vivienda continuo** Rental by client, no ongoing housing subsidy |
|  **Alojarse o vivir en la habitación, apartamento o casa de un miembro de la familia**Staying or living in a family member’s room, apartment or house |  **Alquiler por cliente, con otro subsidio de vivienda continuo**Rental by client, with other ongoing housing subsidy |
|  **Alquiador por cliente, con subsidio GPD o TIP**Rental by client, with GPD or TIP subsidy |  **Propiedad del cliente, con subsidio de hospedaje**Owned by client, no housing subsidy |
|  **Alquilado por cliente, con subsidio de hospedaje VASH**Rental by client with VASH housing subsidy |  **Propiedad del cliente, con subsidio de hospedaje**Owned by client, with housing subsidy |

DURACIÓN DE LA ESTANCIA EN SITUACIÓN LITERALMENTE SIN HOGAR

LENGTH OF STAY IN LITERALLY HOMELESS SITUATION

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  **1 noche o menos**1 night or less |  **1 semana o más, pero menos de 1 mes**1 week or more, but less than 1 month |  **90 días o más, pero menos de 1 año**90 days or more, but less than 1 year |
|  **2 noches a 6 noches**2 to 6 nights |  **1 mes o más, pero menos de 90 días**1 month or more, but less than 90 days |  **1 año o más**1 year or longer |

**DURACIÓN DE TIEMPO SIN HOGAR**

Incluya tiempo en las calles, en refugios de emergencia y en hogar de acogida.

|  |  |
| --- | --- |
| **Incluyendo esta y cualquier estancias o episodios anteriores sin cubierta, ¿cuál es la fecha aproximada en que el cliente se quedó sin hogar? (mes / día / año)**Including this and any previous sheltered stays or unsheltered episodes, what is the approximate date that the client became homeless? (month / day / year) | / / |
| **Incluyendo hoy, ¿cuál es el número de veces que el cliente ha estado en la calle, en albergue de urgencia o hogar de acogida en los últimos tres años?****(Las estancias institucionales de menos de 90 días no son un descanso. Las estadías de menos de 7 días en otros lugares no son un descanso.)**Including today, what is the number of times the client has been on the street, in ES or SH in the past 3 years? (Institutional stays of less than 90 days are not a break. Stays less than 7 days in other places are not a break.) |  1  2  3  4 omás |
| **¿Cuál es el número total de meses que el cliente ha estado sin hogar en la calle, en albergue de urgencia o hogar de acogida en los últimos tres años?**What is the total number of months the client has been homeless on the street, in ES or SH in past 3 years? |  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10  11  12 omás |

(Siguiente Página)

(See Next Page)

¿ALGUNOS ADULTOS EN EL GRUPO QUE RECIBEN INGRESOS EN EFECTIVO?  SÍ  NO

Los ingresos de un niño se registran como ingresos para el adulto que recibe los fondos.

ARE ANY ADULTS IN THE HOUSEHOLD CURRENTLY RECEIVING CASH INCOME?

Income for a child is recorded as income for the adult who receives the funds.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Fuente | Cantidad | Destinatario(s) | Fuente | Cantidad | Destinatario |
| Source | Amount | Recipient(s) | Source | Amount | Recipient(s) |
|  **Pensión alimenticia u otro manutención conyugal**Alimony or other spousal support | $ |  |  **Ingresos del Seguro Social (SSI)**Social Security Income (SSI) | $ |  |
|  **Asistencia en efectivo / TANF**Cash assistance / TANF  | $ |  |  **Ingresos de Seguridad Social para Discapacidad (SSDI)**Social Sec Disability Income (SSDI) | $ |  |
|  **Manutención infantil**Child support | $ |  |  **Desempleo devengado**Unemployment | $ |  |
|  **Ingresos ganados**Earned income | $ |  |  **VA Compensación de Discapacidad Relacionada con el Servicio** VA Service Connected Disability Compensation | $ |  |
|  **Pensión de un trabajo anterior**Pension from a former job | $ |  |  **Pensión de incapacidad non-servicio de VA**VA Non-Service Connected Disability Pension | $ |  |
|  **Jubilación de la Seguridad Social**Retirement from Social Security | $ |  |  **Indemnización**Workers’ Compensation | $ |  |
|  **Seguro de incapacidad privada**Private Disability Insurance | $ |  |  **Asistencia general**General Assistance | $ |  |
|  **Otras fuentesFuente:**Other sources | $ |  |  **Otras fuentesFuente:**Other sources | $ |  |
| TOTAL MONTHLY INCOMERecord separately for each adult. | INGRESO TOTAL MENSUALComplete por separado para cada adulto. | $ |

¿ALGUNOS ADULTOS EN EL GRUPO QUE RECIBEN BENEFICIOS NO MONETARIOS?  SÍ  NO

Los ingresos de un niño se registran como ingresos para el adulto que recibe los fondos.

ARE ADULTS IN THE HOUSEHOLD CURRENTLY RECEIVING NON-CASH BENEFITS?

Income for a child is recorded as income for the adult who receives the funds.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Fuente | Destinatario(s) | Fuente | Destinatario(s) |
| Source | Recipient(s) | Source | Recipient(s) |
|  **SNAP (Cupones de Alimentos)**SNAP (Food Stamps) |  |  **Servicios de cuidado de niños TANF**TANF child care services |  |
|  **WIC** |  |  **Servicios de transporte TANF**TANF transportation services |  |
|  **Otra**Other \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  |  **Otros servicios de TANF**Other TANF-funded services |  |

¿ALGUNA PERSONA EN EL GRUPO QUE RECIBE SEGURO DE SALUD?  SÍ  NO

DOES ANYONE IN THE HOUSEHOLD HAVE HEALTH INSURANCE?

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Fuente | Destinatario(s) | Fuente | Destinatario(s) |
| Source | Recipient(s) | Source | Recipient(s) |
|  **Medicaid** |  |  **Seguros de salud provisto por el empleador**Employer-provided Health Insurance |  |
|  **Medicare** |  |  Seguro de salud obtenido a través de COBRAHealth insurance obtained through COBRA |  |
|  **Programa de Niños del Estado de Seguros de Salud (SCHIP)**State Children’s Health Insurance Program (SCHIP) |  |  **Seguro de Salud Pago Privado**Private Pay Health Insurance |  |
|  **Administración de Veteranos (VA) Servicios Médicos**Veterans Administration (VA) Medical Services |  |  **Seguro de Salud Estatal para Adultos**State Health Insurance for Adults |  |
|  **Programa de Servicios de Salud para Indígenas**Indian Health Services Program |  |  **Otra**Other \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  |

¿ALGUNOS ADULTOS AFECTADOS POR VIOLENCIA DOMÉSTICA?  SÍ  NO

ARE ANY ADULTS AFFECTED BY DOMESTIC VIOLENCE?

|  |  |
| --- | --- |
| Nombre | Alcance de la violencia doméstica |
| Name | Extent of Domestic Violence |
|  |  **En los últimos 3 meses** Within the past 3 months **En los últimos 3-6 meses** Within the past 3-6 months **En los últimos 6-12 meses** Within the past 6-12 months  **Hace más de 1 año** More than 1 year ago**Está huyendo actualmente?** **Sí**  **No** Currently Fleeing? |
| Nombre | Alcance de la violencia doméstica |
| Name | Extent of Domestic Violence |
|  |  **En los últimos 3 meses** Within the past 3 months **En los últimos 3-6 meses** Within the past 3-6 months **En los últimos 6-12 meses** Within the past 6-12 months  **Hace más de 1 año** More than 1 year ago**Está huyendo actualmente?** **Sí**  **No** Currently Fleeing? |