



**SEXO** [*Todos los Clientes*]

<input type="checkbox"/>	Mujer	<input type="checkbox"/>	No lo sabe
<input type="checkbox"/>	Hombre	<input type="checkbox"/>	Se niega a contestar
<input type="checkbox"/>	Transgénero de hombre a mujer	<input type="checkbox"/>	Datos no recopilados
<input type="checkbox"/>	Transgénero de mujer a hombre		
<input type="checkbox"/>	No se identifica como hombre, mujer, o transgénero		

**RAZA** (Seleccione todas las que apliquen) [*Todos los Clientes*]

<input type="checkbox"/>	India Americana o Nativa de Alaska	<input type="checkbox"/>	No lo sabe
<input type="checkbox"/>	Asiática	<input type="checkbox"/>	Se niega a contestar
<input type="checkbox"/>	Negra/Afro Americana	<input type="checkbox"/>	Datos no recopilados
<input type="checkbox"/>	Hawaiiana o de otras Islas del Pacífico		
<input type="checkbox"/>	Blanca/Caucásica		

**GRUPO ÉTNICO** [*Todos los Clientes*]

<input type="checkbox"/>	No-Hispano/ No-Latino	<input type="checkbox"/>	No lo sabe
		<input type="checkbox"/>	Se niega a contestar
<input type="checkbox"/>	Hispano/Latino	<input type="checkbox"/>	Datos no recopilados
		<input type="checkbox"/>	Otro

**ESTATUS DE VETERANO** [*Todos los Adultos*]

<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>	No lo sabe
<input type="checkbox"/>	Sí	<input type="checkbox"/>	Se niega a contestar
		<input type="checkbox"/>	Datos no recopilados

**SI HA MARCADO "SI" EN EL ESTATUS DE VETERANO**

Año de entrada al servicio militar (año)

Año de licenciamiento del servicio militar (año)

**Escenario de Operaciones: Segunda Guerra Mundial II**

<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>	No lo sabe
<input type="checkbox"/>	Sí	<input type="checkbox"/>	Se niega a contestar
		<input type="checkbox"/>	Datos no recopilados

**Escenario de Operaciones: Guerra de Korea**

<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>	No lo sabe
<input type="checkbox"/>	Sí	<input type="checkbox"/>	Se niega a contestar
		<input type="checkbox"/>	Datos no recopilados

**Escenario de Operaciones: Guerra de Vietnam**

<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>	No lo sabe
<input type="checkbox"/>	Sí	<input type="checkbox"/>	Se niega a contestar
		<input type="checkbox"/>	Datos no recopilados

<b>Escenario de Operaciones: Guerra del Golfo Pérsico (Tormenta del Desierto)</b>			
<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>	No lo sabe
<input type="checkbox"/>	Sí	<input type="checkbox"/>	Se niega a contestar
		<input type="checkbox"/>	Datos no recopilados
<b>Escenario de Operaciones: Afganistan (Operación Libertad Duradera)</b>			
<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>	No lo sabe
<input type="checkbox"/>	Sí	<input type="checkbox"/>	Se niega a contestar
		<input type="checkbox"/>	Datos no recopilados
<b>Escenario de Operaciones: Irak (Operación Libertad Iraquí)</b>			
<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>	No lo sabe
<input type="checkbox"/>	Sí	<input type="checkbox"/>	Se niega a contestar
		<input type="checkbox"/>	Datos no recopilados
<b>Escenario de Operaciones: Irak (Operación Nuevo Amanecer)</b>			
<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>	No lo sabe
<input type="checkbox"/>	Sí	<input type="checkbox"/>	Se niega a contestar
		<input type="checkbox"/>	Datos no recopilados
<b>Escenario de operaciones: Otras operaciones de mantenimiento de la paz o intervenciones militares (como el Líbano, Panamá, Somalia, Bosnia, Kosovo)</b>			
<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>	No lo sabe
<input type="checkbox"/>	Sí	<input type="checkbox"/>	Se niega a contestar
		<input type="checkbox"/>	Datos no recopilados
<b>Rama de los Militares</b>			
<input type="checkbox"/>	Ejército de tierra	<input type="checkbox"/>	Guarda Costas
<input type="checkbox"/>	Fuerza Aérea	<input type="checkbox"/>	No lo sabe
<input type="checkbox"/>	Marina	<input type="checkbox"/>	Se niega a contestar
<input type="checkbox"/>	Marines	<input type="checkbox"/>	Datos no recopilados
<b>Modo de Licenciamiento</b>			
<input type="checkbox"/>	Con honores	<input type="checkbox"/>	Con deshonor
<input type="checkbox"/>	General en condiciones honrosas	<input type="checkbox"/>	No tipificado
<input type="checkbox"/>	Otras condiciones distintas de las honrosas(OTH)	<input type="checkbox"/>	No lo sabe
		<input type="checkbox"/>	Se niega a contestar
<input type="checkbox"/>	Mala conducta	<input type="checkbox"/>	Datos no recopilados

**RELACIÓN CON EL CABEZA DE FAMILIA** [ Todas las familias clientes]

<input type="checkbox"/>	Soy yo	<input type="checkbox"/>	Otro parentesco con el miembro
<input type="checkbox"/>	Hijo del cabeza de familia		
<input type="checkbox"/>	Cónyuge o pareja del cabeza de familia	<input type="checkbox"/>	Otro: miembro no pariente

**TIPO DE VIVIENDA EN EL MOMENTO DE LA ENTRADA** [*Cabeza de familia y adultos*]

<input type="checkbox"/>	Sin vivienda	<input type="checkbox"/>	Huyendo de violencia doméstica	<input type="checkbox"/>	No lo sabe
<input type="checkbox"/>	Riesgo inminente de perder la vivienda	<input type="checkbox"/>	En riesgo de estar sin techo	<input type="checkbox"/>	Se niega a contestar
<input type="checkbox"/>	Sin hogar solo bajo otras leyes federales	<input type="checkbox"/>	Con alojamiento estable	<input type="checkbox"/>	Datos no recopilados

**CÓDIGO POSTAL DE LA ÚLTIMA DIRECCIÓN PERMANENTE** [*Todos los Clientes*]

--	--	--	--	--

**EL CLIENTE HA ESTADO INVOLUCRADO** [ALCANSE DE LA CALLE SI]

<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>	Sí
<b>SI HA DICHO QUE “SI” EL CLIENTE HA ESTADO INVOLUCRADO</b>			
<b>Fecha de Compromiso</b>		____/____/____	

**EN UNA VIVIENDA PERMANENTE** [SOLO PROGRAMAS RRH - Todos los Clientes]

<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>	Sí
<b>SI HA CONTESTADO “SI” A LA VIVIENDA PERMANENTE</b>			
<b>Fecha de mudanza</b>		____/____/____	

**SITUACIÓN DE VIVIENDA POR TIPO DE RESIDENCIA** [*Cabeza de Familia y Adultos*]

<input type="checkbox"/>	Albergue de emergencia, incluyendo hotel o motel pagados con cupones	<input type="checkbox"/>	Alquilado por el cliente con el subsidio VASH
<input type="checkbox"/>	Hogar de acogida o vivienda grupal	<input type="checkbox"/>	Alquilado por el cliente con el subsidio GTD TIP
<input type="checkbox"/>	Hospital u otra instalación médica residencial no psiquiátrica	<input type="checkbox"/>	Alquilado por el cliente con otro tipo de subsidio para vivienda
<input type="checkbox"/>	Hotel o motel pagado sin cupones para vivienda de emergencia	<input type="checkbox"/>	Proyecto residencial u hogar de transición sin el criterio de sin hogar
<input type="checkbox"/>	Cárcel o centro de detención de menores	<input type="checkbox"/>	Refugio seguro
<input type="checkbox"/>	Centro de cuidado de larga duración o residencia de ancianos	<input type="checkbox"/>	Estancia en la casa, habitación o apartamento de un familiar
<input type="checkbox"/>	Propiedad del cliente sin subsidio de vivienda	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> Estancia en la habitación o apartamento de un amigo
<input type="checkbox"/>	Propiedad del cliente, con subsidio de vivienda	<input type="checkbox"/>	Centro de tratamiento contra el abuso de de sustancias o centro de desintoxicación
<input type="checkbox"/>	Lugar no apto como vivienda	<input type="checkbox"/>	Vivienda transitoria
<input type="checkbox"/>	Vivienda permanente para personas anteriormente sin hogar (por ejemplo proyecto CoC y HUD)	<input type="checkbox"/>	Vivienda transitoria para personas sin hogar (incluyendo a la juventud sin hogar)
<input type="checkbox"/>	Hospital psiquiátrico u otras instalaciones psiquiátricas	<input type="checkbox"/>	No lo sabe

<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	Se niega a contestar
<input type="checkbox"/>	Alquilado por el cliente, sin subsidio para vivienda	<input type="checkbox"/>	Datos no recopilados

**DURACIÓN DE LA ESTANCIA EN EL LUGAR QUE VIVÍA ANTERIORMENTE**

<input type="checkbox"/>	Una noche o menos	<input type="checkbox"/>	Un mes o más, pero menos de 90 días	<input type="checkbox"/>	No lo sabe
<input type="checkbox"/>	De dos a seis noches	<input type="checkbox"/>	90 días o más, pero menos de un año	<input type="checkbox"/>	Se niega a contestar
<input type="checkbox"/>	Una semana o más, pero menos de un mes	<input type="checkbox"/>	Un año o más	<input type="checkbox"/>	Datos no recopilados

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

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

**DURACIÓN DE LA ESTANCIA MENOR A 90 DÍAS**

[Si el tipo de estancia es en instalaciones de vivienda provisional / Institución, etc.]

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

**ANOCHES - SE QUEDÓ USTED - EN LA CALLE, ALBERGUE DE EMERGENCIA, O SAFE HAVEN**

[Cabeza de Familia y Adultos]

<input type="checkbox"/>	Sí	<input type="checkbox"/>	No
<b>Fecha aproximada en la que comenzó a estar sin vivienda</b>		____/____/____	
<b>Número de veces que el cliente ha estado en las calles o en ES o Safe Haven en los últimos 3 años</b>			
<input type="checkbox"/>	Una vez	<input type="checkbox"/>	No lo sabe
<input type="checkbox"/>	Dos veces	<input type="checkbox"/>	Se niega a contestar
<input type="checkbox"/>	Cuatro o más veces	<input type="checkbox"/>	Datos no recopilados
<b>Número total de meses viviendo en las calles, en ES, o en Safe Haven en los últimos 3 años</b>			
<input type="checkbox"/>	Un mes (este es el primer mes)	<input type="checkbox"/>	No lo sabe
<input type="checkbox"/>	2-12 meses (especificar el número de meses): _____	<input type="checkbox"/>	Se niega a contestar
<input type="checkbox"/>	Más de 12 meses	<input type="checkbox"/>	Datos no recopilados

**ENFERMEDAD INHABILITANTE [Todos los Clientes]**

<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>	No lo sabe
<input type="checkbox"/>	Sí	<input type="checkbox"/>	Se niega a contestar
		<input type="checkbox"/>	Datos no recopilados

**DISCAPACIDAD FÍSICA** [ *Todos los Clientes* ]

<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>	No lo sabe	
<input type="checkbox"/>	Sí	<input type="checkbox"/>	Se niega a contestar	
		<input type="checkbox"/>	Datos no recopilados	
<b>SI HA DICHO "SÍ" A LA DISCAPACIDAD FÍSICA –ESPECIFIQUE</b>				
Actualmente recibiendo servicios para la discapacidad física	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>	No lo sabe
	<input type="checkbox"/>	Sí	<input type="checkbox"/>	Se niega a contestar
			<input type="checkbox"/>	Datos no recopilados
Discapacidad física de larga duración	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>	No lo sabe
	<input type="checkbox"/>	Sí	<input type="checkbox"/>	Se niega a contestar
			<input type="checkbox"/>	Datos no recopilados
<b>Documentación de la discapacidad física en el expediente</b>	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>	Sí

**DISCAPACIDAD DEL DESARROLLO** [ *Todos los Clientes* ]

<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>	No lo sabe	
<input type="checkbox"/>	Sí	<input type="checkbox"/>	Se niega a contestar	
		<input type="checkbox"/>	Datos no recopilados	
<b>SI HA RESPONDIDO "SÍ" A LA DISCAPACIDAD DEL DESARROLLO –ESPECIFIQUE</b>				
Actualmente recibiendo servicios para la discapacidad del desarrollo	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>	No lo sabe
	<input type="checkbox"/>	Sí	<input type="checkbox"/>	Se niega a contestar
			<input type="checkbox"/>	Datos no recopilados
Se espera una pérdida sustancial de independencia	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>	No lo sabe
	<input type="checkbox"/>	Sí	<input type="checkbox"/>	Se niega a contestar
			<input type="checkbox"/>	Datos no recopilados
<b>Documentación de la discapacidad del desarrollo en el expediente</b>	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>	Sí

**ENFERMEDAD CRÓNICA** [ *Todos los clientes* ]

<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>	No lo sabe	
<input type="checkbox"/>	Sí	<input type="checkbox"/>	Se niega a contestar	
		<input type="checkbox"/>	Datos no recopilados	
<b>SI HA RESPONDIDO "SÍ" A LA ENFERMEDAD CRÓNICA –ESPECIFIQUE</b>				
Actualmente recibiendo servicios/tratamiento para esta enfermedad	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>	No lo sabe
	<input type="checkbox"/>	Sí	<input type="checkbox"/>	Se niega a contestar
			<input type="checkbox"/>	Datos no recopilados
Enfermedad crónica a largo plazo	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>	No lo sabe
	<input type="checkbox"/>	Sí	<input type="checkbox"/>	Se niega a contestar
			<input type="checkbox"/>	Datos no recopilados
<b>Documentación de la discapacidad y su gravedad en el expediente</b>	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>	Sí

**HIV-AIDS** [ *Todos los Clientes* ]

<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>	No lo sabe	
<input type="checkbox"/>	Sí	<input type="checkbox"/>	Se niega a contestar	
		<input type="checkbox"/>	Datos no recopilados	
<b>SI HA RESPONDIDO “SÍ” AL HIV-AIDS – ESPECIFIQUE</b>				
Actualmente recibiendo servicios/tratamiento para esta enfermedad	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>	No lo sabe
	<input type="checkbox"/>	Sí	<input type="checkbox"/>	Se niega a contestar
			<input type="checkbox"/>	Datos no recopilados
Espera una pérdida sustancial de independencia	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>	No lo sabe
	<input type="checkbox"/>	Sí	<input type="checkbox"/>	Se niega a contestar
			<input type="checkbox"/>	Datos no recopilados
<b>Documentación de la discapacidad y su gravedad en el expediente</b>	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>	Sí

**PROBLEMAS DE SALUD MENTAL** [ *Todos los Clientes* ]

<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>	No lo sabe	
<input type="checkbox"/>	Sí	<input type="checkbox"/>	Se niega a contestar	
		<input type="checkbox"/>	Datos no recopilados	
<b>SI HA RESPONDIDO “SÍ” A LOS PROBLEMAS DE SALUD MENTAL - ESPECIFIQUE</b>				
Actualmente recibiendo servicios/tratamiento para esta enfermedad	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>	No lo sabe
	<input type="checkbox"/>	Sí	<input type="checkbox"/>	Se niega a contestar
			<input type="checkbox"/>	Datos no recopilados
Problema de salud mental de larga duración	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>	No lo sabe
	<input type="checkbox"/>	Sí	<input type="checkbox"/>	Se niega a contestar
			<input type="checkbox"/>	Datos no recopilados
<b>Documentación de la discapacidad y su gravedad en el expediente</b>	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>	Sí

**PROBLEMAS DE ABUSO DE SUSTANCIAS** [ *Todos los Clientes* ]

<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>	Ambos, alcohol y drogas		
<input type="checkbox"/>	Abuso de alcohol	<input type="checkbox"/>	No lo sabe		
		<input type="checkbox"/>	Se niega a contestar		
<input type="checkbox"/>	Abuso de drogas	<input type="checkbox"/>	Datos no recopilados		
<b>SI HA RESPONDIDO “ABUSO DE ALCOHOL” “ABUSO DE DROGAS” O “AMBOS ALCOHOL Y DROGAS” – ESPECIFIQUE</b>					
Actualmente recibiendo servicios/tratamiento para esta enfermedad	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>	No lo sabe	
	<input type="checkbox"/>	Sí	<input type="checkbox"/>	Se niega a contestar	
			<input type="checkbox"/>	Datos no recopilados	
		<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>	No lo sabe
				<input type="checkbox"/>	Se niega a contestar

Problema de abuso de sustancias de larga duración	<input type="checkbox"/>	Sí	<input type="checkbox"/>	Datos no recopilados
<b>Documentación de la discapacidad y su gravedad en el expediente</b>	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>	Sí

**VIOLENCIA DOMÉSTICA** [*Cabeza de Familia y Adultos*]

<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>	No lo sabe
<input type="checkbox"/>	Sí	<input type="checkbox"/>	Se niega a contestar
		<input type="checkbox"/>	Datos no recopilados
<b>SI HA RESPONDIDO "SÍ" A LA VIOLENCIA DOMÉSTICA</b>			
<b>ACLARAR CUANDO FUE LA ÚLTIMA VEZ</b>			
<input type="checkbox"/>	Dentro de los últimos tres meses	<input type="checkbox"/>	Hace un año o más
<input type="checkbox"/>	Hace entre tres y seis meses (excluyendo los 6 meses exactos)	<input type="checkbox"/>	No lo sabe
		<input type="checkbox"/>	Se niega a contestar
<input type="checkbox"/>	Hace entre seis meses y un año (excluyendo el año justo)	<input type="checkbox"/>	Datos no recopilados
<b>¿Se encuentra huyendo actualmente?</b>		<input type="checkbox"/>	No
		<input type="checkbox"/>	No lo sabe
		<input type="checkbox"/>	Sí
		<input type="checkbox"/>	Se niega a contestar
		<input type="checkbox"/>	Datos no recopilados

**INGRESOS DE CUALQUIER TIPO** [*Cabeza de Familia y Adultos*]

<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>	No lo sabe
<input type="checkbox"/>	Sí	<input type="checkbox"/>	Se niega a contestar
		<input type="checkbox"/>	Datos no recopilados
<b>SI DICE "SÍ" A TENER INGRESOS DE CUALQUIER TIPO – INDICAR TODOS LOS QUE PROCEDA</b>			
<b>Fuente de Ingresos</b>		<b>Cantidad</b>	<b>Fuente de Ingresos</b>
<input type="checkbox"/>	TANF(Ayuda Temporal para Familias Necesitadas)		<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Seguro de desempleo		<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Ingreso Suplementario de Seguridad (SSI)		<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Seguro Social para Discapacitados (SSDI)		<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Compensación por discapacidad para veterano		<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Compensación por discapacidad no relacionada con el servicio		<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Almonía y otras prestaciones del cónyuge		<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Indemnización laboral		<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>
<b>Cantidad total mensual:</b>			<b>Especificar</b>

**RECIBIENDO PRESTACIONES NO MONETARIAS** [*Cabeza de Familia y Adultos*]

<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>	No lo sabe
<input type="checkbox"/>	Sí	<input type="checkbox"/>	Se niega a contestar
		<input type="checkbox"/>	Datos no recopilados
<b>SI DICE "SI" A LAS PRESTACIONES NO MONETARIAS – INDICAR TODAS LAS QUE RECIBE</b>			
<input type="checkbox"/>	SNAP	<input type="checkbox"/>	Otra prestación TANF
<input type="checkbox"/>	WIC	<input type="checkbox"/>	Sección 8
<input type="checkbox"/>	TANF Cuidado de Niños	<input type="checkbox"/>	Ayuda temporal de alquiler
<input type="checkbox"/>	TANF Transportación	<input type="checkbox"/>	Otra ( <b>Especificar</b> ):

**CUBIERTO POR SEGURO SANITARIO** [*Todos los Clientes*]

<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>	No lo sabe
<input type="checkbox"/>	Sí	<input type="checkbox"/>	Se niega a contestar
		<input type="checkbox"/>	Datos no recopilados
<b>SI DICE "SI" AL SEGURO SANITARIO - DETALLES DEL SEGURO SANITARIO</b>			
<input type="checkbox"/>	MEDICAID	<input type="checkbox"/>	Proporcionado por el empleador
<input type="checkbox"/>	MEDICARE	<input type="checkbox"/>	Obtenido a través de COBRA
<input type="checkbox"/>	SCHIP	<input type="checkbox"/>	Seguro Sanitario Privado
<input type="checkbox"/>	VA Medical	<input type="checkbox"/>	Seguro Sanitario Estatal para Adultos
<input type="checkbox"/>	Otro (especificar)	<input type="checkbox"/>	Programa de Servicios Sanitarios Indios

**LENGUA MATERNA** [*Todos los Clientes, opcional*]

<input type="checkbox"/>	Inglés	<input type="checkbox"/>	Mandarin
<input type="checkbox"/>	Español	<input type="checkbox"/>	Tagalog
<input type="checkbox"/>	Vietnamita	<input type="checkbox"/>	Otra
		<input type="checkbox"/>	Desconocida

---

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