

機構名稱: _____



CLARITY HMIS: HUD-CoC 狀態評估表格

請使用印刷體字母書寫，圈選合適的選項。

請每個家庭成員填寫獨立表格。

受助人姓名或標識符: _____

項目狀態日期[所有受助人]

		-			-				
月		日		年					

永久住房[永久住房項目，供戶主使用]

<input type="radio"/>	否	<input type="radio"/>	是
如果在“永久住房”中選擇“是”			
搬入住房的日期：（參見备注*）		*如果受助人搬入永久住房，請確保在登記頁面上進行更新。	

身體殘疾[所有受助人]

<input type="radio"/>	否	<input type="radio"/>	受助人不知道		
<input type="radio"/>	是	<input type="radio"/>	受助人拒絕透露		
		<input type="radio"/>	沒有收集數據		
如果在“身體殘疾”中選擇“是”——請指出					
預計將長期持續且無法確定持續時間，而且會嚴重損害獨立生活的能力？		<input type="radio"/>	否	<input type="radio"/>	受助人不知道
		<input type="radio"/>	是	<input type="radio"/>	受助人拒絕透露
				<input type="radio"/>	沒有收集數據

發育障礙[所有受助人]

<input type="radio"/>	否	<input type="radio"/>	受助人不知道
<input type="radio"/>	是	<input type="radio"/>	受助人拒絕透露
		<input type="radio"/>	沒有收集數據

慢性病[所有受助人]

<input type="radio"/>	否	<input type="radio"/>	受助人不知道		
<input type="radio"/>	是	<input type="radio"/>	受助人拒絕透露		
		<input type="radio"/>	沒有收集數據		
如果在“慢性病”中選擇“是”——請指出					
預計將長期持續且無法確定持續時間，而且會嚴重損害獨立生活的能力？		<input type="radio"/>	否	<input type="radio"/>	受助人不知道
		<input type="radio"/>	是	<input type="radio"/>	受助人拒絕透露
				<input type="radio"/>	沒有收集數據

如果在“慢性病”中選擇“是”——請指出

預計將長期持續且無法確定持續時間，而且會嚴重損害獨立生活的能力？		<input type="radio"/>	否	<input type="radio"/>	受助人不知道
		<input type="radio"/>	是	<input type="radio"/>	受助人拒絕透露
				<input type="radio"/>	沒有收集數據

艾滋病毒/艾滋病[所有受助人]

<input type="radio"/>	否	<input type="radio"/>	受助人不知道
<input type="radio"/>	是	<input type="radio"/>	受助人拒絕透露
		<input type="radio"/>	沒有收集數據

心理健康問題[所有受助人]

<input type="radio"/>	否	<input type="radio"/>	受助人不知道
<input type="radio"/>	是	<input type="radio"/>	受助人拒絕透露
		<input type="radio"/>	沒有收集數據

如果在“心理健康問題”中選擇“是”一請指出

預計將長期持續且無法確定持續時間，而且會嚴重損害獨立生活的能力？	<input type="radio"/>	否	<input type="radio"/>	受助人不知道
	<input type="radio"/>	是	<input type="radio"/>	受助人拒絕透露
			<input type="radio"/>	沒有收集數據

藥物濫用問題[所有受助人]

<input type="radio"/>	否	<input type="radio"/>	酗酒和吸毒
<input type="radio"/>	酗酒	<input type="radio"/>	受助人不知道
		<input type="radio"/>	受助人拒絕透露
<input type="radio"/>	吸毒	<input type="radio"/>	沒有收集數據

如果選擇“酗酒”、“吸毒”或“酗酒和吸毒”一請指出

預計將長期持續且無法確定持續時間，而且會嚴重損害獨立生活的能力？	<input type="radio"/>	否	<input type="radio"/>	受助人不知道
	<input type="radio"/>	是	<input type="radio"/>	受助人拒絕透露
			<input type="radio"/>	沒有收集數據

家庭暴力受害者/幸存者[戶主和成人]

<input type="radio"/>	否	<input type="radio"/>	受助人不知道
<input type="radio"/>	是	<input type="radio"/>	受助人拒絕透露
		<input type="radio"/>	沒有收集數據

如果在“家庭暴力”中選擇“是”
遭遇家庭暴力的時間

<input type="radio"/>	過去三個月內	<input type="radio"/>	一年或更長時間之前
<input type="radio"/>	三至六個月（不含六個月）之前	<input type="radio"/>	受助人不知道
		<input type="radio"/>	受助人拒絕透露
<input type="radio"/>	六個月至一年（不含一年）之前	<input type="radio"/>	沒有收集數據

您目前處於逃難狀態嗎？

<input type="radio"/>	否	<input type="radio"/>	受助人不知道
<input type="radio"/>	是	<input type="radio"/>	受助人拒絕透露
		<input type="radio"/>	沒有收集數據

來自任何來源的收入[戶主和成人]

<input type="radio"/>	否	<input type="radio"/>	受助人不知道	
<input type="radio"/>	是	<input type="radio"/>	受助人拒絕透露	
		<input type="radio"/>	沒有收集數據	
如果在“來自任何來源的收入”中選擇“是”，請指出所有適用的來源				
收入來源		金額	收入來源	
<input type="radio"/>	所獲得的收入		<input type="radio"/>	貧困家庭臨時援助(TANF)
<input type="radio"/>	失業保險		<input type="radio"/>	一般援助 (GA)
<input type="radio"/>	補充保障收入 (SSI)		<input type="radio"/>	社會保障退休收入
<input type="radio"/>	社會保障殘疾保險 (SSDI)		<input type="radio"/>	從以前的工作中獲得的撫恤金或退休收入
<input type="radio"/>	VA 服務相關殘疾補償		<input type="radio"/>	子女撫養費
<input type="radio"/>	VA 非服務相關殘疾撫卹金		<input type="radio"/>	贍養費和其他配偶資助
<input type="radio"/>	私人殘障保險		<input type="radio"/>	其他來源
<input type="radio"/>	劳动者报酬			
個人每月總收入:				

領取非現金福利[戶主和成人]

<input type="radio"/>	否	<input type="radio"/>	受助人不知道
<input type="radio"/>	是	<input type="radio"/>	受助人拒絕透露
		<input type="radio"/>	沒有收集數據
如果在“領取非現金福利”中選擇“是”——請指出所有適用的來源			
<input type="radio"/>	營養補充援助計劃(SNAP)	<input type="radio"/>	TANF 子女照顧服務
<input type="radio"/>	婦女、嬰兒和兒童特別營養補充計劃(WIC)	<input type="radio"/>	TANF 交通服務
<input type="radio"/>	其他（請指出）：	<input type="radio"/>	其他由 TANF 資助的服務

是否有健康保險[所有受助人]

<input type="radio"/>	否	<input type="radio"/>	受助人不知道
<input type="radio"/>	是	<input type="radio"/>	受助人拒絕透露
		<input type="radio"/>	沒有收集數據
如果在“是否有健康保險”中選擇“是”——請填寫健康保險的詳細信息			
<input type="radio"/>	MEDICAID	<input type="radio"/>	雇主提供的健康保險
<input type="radio"/>	MEDICARE	<input type="radio"/>	通過 COBRA 獲得的保險
<input type="radio"/>	州兒童健康保險 (SCHIP)	<input type="radio"/>	私人支付的健康保險
<input type="radio"/>	退伍軍人管理局 (VA) 醫療服務	<input type="radio"/>	州成人健康保險
<input type="radio"/>	其他（請指出）：	<input type="radio"/>	印第安人健康保險計劃