



Sistema Coordinado de Acceso

Empty box for identification number

Número de Identificación en AWARDS

Entrevista de Evaluación

Fecha de entrevista inicia:

Fecha de admisión al programa:

Form for date: Mes- MONTH, Día- DAY, Año- YEAR

Form for date: Mes- MONTH, Día- DAY, Año- YEAR

Nombre

Segundo nombre

Apellido Paterno

Sufijo - SUFFIX

Apodo - ALIAS

Sexo: [] Hombre, [] Mujer, [] Transexual

Orientación Sexual: [] Heterosexual, [] Bisexual, [] Rehusó Contestar, [] Homosexual, [] No Sabe, [] No está seguro

Edad: Lugar de Nacimiento

¿Cuál es su estado civil? [] Casado/a [] Soltero/a [] Divorciado/a [] Viudo/a [] Relación de Convivencia [] Separados

Teléfono Principal Teléfono de Familia /Amigo:

Dirección Residencial:

Dirección Postal

SITUACIÓN DE VIVIENDA

¿En qué situación de vivienda estuvo la noche anterior a la entrada a este programa?

EN SITUACIÓN DE ESTAR SIN HOGAR

- [] Albergue de emergencia, hotel, motel pagado con fondos de albergue de emergencia.
[] Lugar no destinado para vivienda- (EJ. Auto, edificio/casa abandonado, terminal autos públicos, plaza, parque, cualquier lugar en el exterior).
[] Safe Haven.
[] Persona sin hogar crónica, que ha sido aceptado en una vivienda permanente, tiene una unidad/vale reservado, pero está en espera a ser ubicado en la misma.

¿Cuánto tiempo lleva en esa situación de vivienda anterior? LENGTH OF STAY IN PREVIOUS LIVING SITUATION

- [] 1 noche o menos [] 90 días o más, pero menos de 1 año
[] 2 a 6 noches [] 1 año o más
[] 1 semana o más pero menos de 1 mes [] No sabe
[] 1 mes o más, pero menos de 90 días [] Rehusó contestar

Fecha de comienzo del último episodio de estar sin hogar Mes - MONTH Día - DAY Año- YEAR

Sin importar donde durmió la noche anterior; indique el número de veces que ha estado en la calle, en un albergue de emergencia o un safe haven en los pasados 3 años incluyendo el día de hoy - NUMBER OF TIMES THE CLIENT HAS BEEN ON THE STREETS, IN ES OR SH IN THE PAST THREE YEARS INCLUDING TODAY

- [] Una vez [] 4 veces o más
[] 2 veces [] No sabe
[] 3 veces [] Rehusó contestar

Cantidad total de meses que la persona ha estado sin hogar en los pasados tres años meses



Entrevista de Evaluación

EN SITUACIÓN INSTITUCIONAL

- Hogar adoptivo u hogar sustituto compartido
- Hospital u otra facilidad médica (No psiquiátrico)
- Cárcel, prisión o centro de detención de menores
- Facilidad de cuidado prolongado o asilo
- Hospital u otra facilidad psiquiátrica
- Centro de tratamiento para abuso de sustancias o de desintoxicación

¿Estuvo Usted menos de 90 días? No Sí

La noche antes de estar en esta situación institucional,

¿Estuvo en la calle, en un albergue de emergencia o un safe haven? No Sí

Fecha de comienzo del último episodio de estar sin hogar.

____ - ____ - ____
Mes - MONTH Día - DAY Año - YEAR

Sin importar donde durmió la noche anterior; indique el número de veces que ha estado en la calle, en un albergue de emergencia o un safe haven en los pasados 3 años incluyendo el día de hoy.

- | | |
|----------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Una vez | <input type="checkbox"/> 4 veces o más |
| <input type="checkbox"/> 2 veces | <input type="checkbox"/> No sabe |
| <input type="checkbox"/> 3 veces | <input type="checkbox"/> Rehusó contestar |

Número total de meses que la persona ha estado sin hogar en los pasados tres años
_____ **meses**

EN VIVIENDA TRANSITORIA O PERMANENTE - TRANSITIONAL OR PERMANENT HOUSING SITUATION

- Hotel o motel no pagado con fondos de albergue de emergencia
- Casa propia sin subsidio
- Casa propia con subsidio
- Vivienda permanente con servicios de apoyo para personas que sin hogar
- Casa alquilada sin subsidio
- Casa alquilada, con subsidio de GPD (grant per diem) TIP
- Casa alquilada, con subsidio de VASH (VIVIENDA CON SERVICIOS DE APOYO DE VETERANOS)
- Casa alquilada, con otro subsidio (Sección 8 / Vivienda Pública)
- Programa de libertad a prueba o centro para confinados sin criterios para persona sin hogar
- Reside con familiares
- Reside con amigos
- Vivienda transitoria para personas sin hogar (incluyendo jóvenes sin hogar)
- No sabe
- Rehusó contestar

¿Estuvo Usted menos de 7 noches?- DID YOU STAY LESS THAN 7 NIGHTS?

No Sí

Si la respuesta es **Sí**; ¿La noche antes de estar en esa situación institucional estubo en la calle, albergue de emergencia o safe haven? - ON THE NIGHT BEFORE DID YOU STAY ON THE STREETS, ES OR SH?

No Sí

Fecha de comienzo del último episodio de estar sin hogar.

____ - ____ - ____
Mes-MONTH Día-DAY Año-YEAR

Sin importar donde durmió la noche anterior; indique el número de veces que ha estado en la calle, en un albergue de emergencia o un safe haven en los pasados 3 años incluyendo el día de hoy.

- | | |
|----------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Una vez | <input type="checkbox"/> 4 veces o más |
| <input type="checkbox"/> 2 veces | <input type="checkbox"/> No sabe |
| <input type="checkbox"/> 3 veces | <input type="checkbox"/> Rehusó contestar |

Cantidad total de meses que la persona ha estado sin hogar en los pasados tres años
: _____ **meses**

¿Que circunstancias ocasionaron que se encontrara sin hogar?

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Pérdida de beneficios económicos | <input type="checkbox"/> Enfermedad |
| <input type="checkbox"/> Reducción de ingresos por trabajo | <input type="checkbox"/> Lesión o herida |
| <input type="checkbox"/> Desahucio (Orden por Tribunal) | <input type="checkbox"/> Violencia Doméstica / Género, Se le solicitó dejar la residencia (familia, amigos) |
| <input type="checkbox"/> Mudanza / Traslado | <input type="checkbox"/> Desastre Natural |
| <input type="checkbox"/> Salida de Institución Carcelaria | <input type="checkbox"/> Salida de Otro Proyecto PSH |
| <input type="checkbox"/> Dado de alta de facilidad médica | <input type="checkbox"/> Trastorno Relacionado a Sustancias y/o Alcohol |
| <input type="checkbox"/> Dado de alta de facilidad psiquiátrica | <input type="checkbox"/> Violencia Intrafamiliar |
| <input type="checkbox"/> Separación / Divorcio | <input type="checkbox"/> Otro: _____ |

¿Ha intentado conseguir vivienda en el último año? No Sí

¿Dónde y cuándo?



Entrevista de Evaluación

Comentarios:

INGRESO ECONÓMICOS Y/O NO ECONÓMICOS

¿Ha recibido algún ingreso económico? [] No [] Sí [] No sabe [] Rehusó contestar

Si contesta **Sí**: Fuente y cantidad de ingreso, indicar todas las fuentes que aplican y su cantidad en dólares.

- Grid of income sources with checkboxes and dollar amounts: Ingreso por trabajo, Seguro Social Suplementario, etc.

¿Ha recibido beneficios no económicos? [] No [] Sí [] No sabe [] Rehusó contestar

Si contesta **Sí**: Indicar todas las fuente que apliquen:

- Grid of non-economic benefits with checkboxes: PAN, TANF-Cuido de niños, Asistencia temporera para renta, etc.

CUBIERTA DE SALUD

¿Usted tiene un seguro para cubrir gastos médicos? [] No [] Sí [] No sabe [] Rehusó contestar

*Si contesta **Sí**: - IF YES FOR "COVERED BY HEALTH INSURANCE": Indicar todas las fuente que apliquen - INDICATE ALL SOURCES THAT APPLY.

- Grid of health insurance types with checkboxes: Reforma del Gobierno - MEDICAID, Medicare, etc.

NECESIDADES ESPECIALES SE RECOPIRARÁN ESTOS DATOS A ADULTOS Y NIÑOS

¿Tiene Usted algún impedimento fisico? [] No [] Sí [] No sabe [] Rehusó contestar

*Si contesta **Sí** en la pregunta sobre impedimento fisico:

a. ¿Se espera que sea de larga duración e impida sustancialmente su capacidad para vivir independientemente?

[] No [] Sí [] No sabe [] Rehusó contestar

b. ¿Evidencia de condición en expediente?

[] No [] Sí

c. ¿Recibe actualmente servicios o tratamiento para esta condición?

[] No [] Sí [] No sabe [] Rehusó contestar

¿Tiene Usted algún impedimento de desarrollo?

[] No [] Sí [] No sabe [] Rehusó contestar



Entrevista de Evaluación

*Si contesta **Sí** en la pregunta sobre impedimento de desarrollo:

a. ¿Se espera que impida sustancialmente su capacidad para vivir independientemente? No Sí No sabe Rehusó contestar

b. ¿Evidencia de condición en expediente? No Sí

c. ¿Recibe actualmente servicios o tratamiento para esta condición? No Sí No sabe Rehusó contestar -

¿Tiene Usted alguna *condición de salud crónica*? No Sí No sabe Rehusó contestar

¿Que tipo de condición crónica Usted padece? Diabetes Epilepsia Hepatitis B Hepatitis C Tuberculosis Asma
 Alta Presión Otra: _____

*Si contesta **Sí** en la pregunta sobre condición de salud crónica:

a. ¿Se espera que sea de larga duración e impida sustancialmente su capacidad para vivir independientemente?

No Sí No sabe Rehusó contestar

b. ¿Evidencia de condición en expediente?
DOCUMENTATION OF THE DISABILITY AND SEVERITY ON FILE? No Sí - YES

c. ¿Recibe actualmente servicios o tratamiento para esta condición?
CURRENTLY RECEIVING SERVICES OR TREATMENT FOR THIS CONDITION? No Sí No sabe Rehusó contestar

¿Tiene Usted *VIH/SIDA*? No Sí No sabe Rehusó contestar

*Si contesta **Sí** en la pregunta sobre VIH/SIDA - IF YES FOR "HIV/AIDS":

a. ¿Se espera que impida sustancialmente su capacidad para vivir independientemente?

No Sí No sabe Rehusó contestar

b. ¿Evidencia de condición en expediente? No Sí - YES

c. ¿Recibe actualmente servicios o tratamiento para esta condición? No Sí No sabe Rehusó contestar

¿Tiene Usted alguna condición de salud mental diagnosticada? No Sí No sabe Rehusó contestar

Diagnóstico de Salud mental:

Bipolaridad Esquizofrenia Depresión Psicosis No sabe Rehusó contestar Otro: _____

*Si contesta **Sí** en la pregunta sobre salud mental diagnosticada:

a. ¿Se espera que sea de larga duración e impida sustancialmente su capacidad para vivir independientemente?

No Sí No sabe Rehusó contestar

b. ¿Evidencia de condición en expediente? No Sí

c. ¿Recibe actualmente servicios o tratamiento para esta condición? No Sí No sabe Rehusó contestar

¿Recibe Tratamiento psiquiátrico? No Sí

¿Recibe Tratamiento psicológico? No Sí



Entrevista de Evaluación

¿Ha hecho Usted uso de abuso de sustancias?

- No Abuso de Drogas No sabe
 Abuso de Alcohol Abuso de Alcohol y abuso de Drogas Rehusó contestar

Edad de inicio: Primer contacto con alcohol: _____ Primer contacto con sustancias: _____

Fecha de último consumo:

Sustancias utilizadas

Mes- MONTH	Día- DAY	Año- YEAR	Sustancias utilizadas	Método	Frecuencia

*Si contesta que tiene un problema de abuso de sustancias:

a. ¿Se espera que sea de larga duración e impida sustancialmente su capacidad para vivir independientemente?

- No Sí No sabe Rehusó contestar

b. ¿Evidencia de condición en expediente?

- No Sí

c. ¿Recibe actualmente servicios o tratamiento para esta condición

- No Sí No sabe Rehusó contestar

Comentarios:

VIOLENCIA DOMÉSTICA

Fecha de Información - INFORMATION DATE

_____ - _____ - _____
Mes - MONTH Día - DAY Año - YEAR

¿Ha sido víctima de Violencia Doméstica? No **Sí** No sabe Rehusó contestar

Si contesta **Sí** en la pregunta sobre Violencia Doméstica:

¿Cuándo ocurrió el último incidente?

- En los pasados 3 meses Más de un año
 De 3 a 6 meses atrás No sabe
 De 6 a 12 meses atrás Rehusó contestar

¿Actualmente está huyendo?

- No Sí No sabe Rehusó contestar

INFORMACIÓN DE EMPLEO

¿Está actualmente trabajando?

- No Sí No sabe Rehusó contestar

Si contesto **Sí**:

Tipo de Empleo

- Tiempo completo Temporada/ esporádico
 Tiempo parcial (incluye chiripas)

Si contestó **No**:

¿Por qué no está empleado?

- Buscando empleo No está buscando empleo No puede trabajar



Sistema Coordinado de Acceso

Número de Identificación en AWARDS

Entrevista de Evaluación

SERVICIO MILITAR

¿Es Usted veterano? No Sí No sabe Rehusó contestar

Tipo de salida del servicio militar

- | | | |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Honorable | <input type="checkbox"/> Dishonorable | <input type="checkbox"/> No sabe |
| <input type="checkbox"/> General bajo condiciones honorables | <input type="checkbox"/> Mala Conducta | <input type="checkbox"/> Rehusó contestar |
| <input type="checkbox"/> Bajo otras condiciones fuera de honorable | <input type="checkbox"/> Sin clasificar | |

¿En cual rama militar sirvió? Fuerzas Armadas Fuerza Naval Guardia Costanera
 Fuerza Aérea Marines No sabe

¿En qué año ingresó al servicio militar?: _____ ¿En qué año culminó el servicio militar?: _____

Número de estación de la facilidad médica _____

Lugar de operaciones – THEATER OF OPERATIONS

Segunda Guerra Mundial No Sí No sabe Rehusó contestar

Guerra Corea No Sí No sabe Rehusó contestar

Guerra Vietnam No Sí No sabe Rehusó contestar

Guerra del Golfo Pérsico - Operación Tormenta en el Desierto No Sí No sabe Rehusó contestar

Afganistán - Operación Libertad Duradera No Sí No sabe Rehusó contestar

Iraq- Operación Libertad de Iraq No Sí No sabe Rehusó contestar

Operación Nuevo Amanecer No Sí No sabe Rehusó contestar

Otras operaciones de paz o intervenciones militares No Sí No sabe Rehusó contestar
(LEBANON, PANAMA, SOMALIA, BOSNIA, KOSOVO)

COMPOSICIÓN FAMILIAR

SE REQUIERE INFORMAR EN EL SISTEMA LOS DATOS DE TODOS LOS MIEMBROS (ADULTOS Y NIÑOS) DEL GRUPO FAMILIAR.

Algunos de los datos en esta sección se actualizan automáticamente cuando los miembros de la composición familiar se añaden a la unidad familiar a través del "Face Sheet". Los valores calculados aparecerán luego de que la admisión de cada miembro de la familia haya sido procesada.

Individuo/ tipo de familia - *INDIVIDUAL/ FAMILY TYPE*:

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Hombre solo | <input type="checkbox"/> Miembro de hogar |
| <input type="checkbox"/> Mujer sola | <input type="checkbox"/> Familia monoparental – <u>Hombre solo jefe de familia</u> |
| <input type="checkbox"/> Hombre menor de 18 años solo | <input type="checkbox"/> Familia monoparental – <u>Mujer sola jefa de familia</u> |
| <input type="checkbox"/> Mujer menor de 18 años sola | <input type="checkbox"/> Familia monoparental – <u>Joven (18 a 24 años) solo jefe de familia</u> |
| <input type="checkbox"/> Familia de dos Padres Adultos | <input type="checkbox"/> Pareja de adultos sin niños |
| <input type="checkbox"/> Familia de dos Padres Jóvenes (<u>18 a 24 yrs</u>) | <input type="checkbox"/> Otro tipo de familia |
| <input type="checkbox"/> Hogar solo con niños | |
| <input type="checkbox"/> Miembro de hogar / adulto | |

Tamaño composición familiar _____

Número de adultos: _____

Número de niños: _____

Niños	Género	Edad
1	<input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino	
2	<input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino	
3	<input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino	
4	<input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino	
5	<input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino	
6	<input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino	
7	<input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino	



Sistema Coordinado de Acceso

Entrevista de Evaluación

Número de Identificación en AWARDS

Historial Legal

¿Tiene Usted historial de antecedentes penales?

No Sí No sabe Rehusó contestar

Delito : Federal Estatal

¿Está actualmente bajo probatoria?

No Sí No sabe Rehusó contestar

Si está bajo probatoria, ¿Por cuánto Tiempo?

¿Cuánto le falta para completarla?

Unidad a la cual se reporta:

Datos de Oficial Socio Penal asignado:

¿Tiene algún caso pendiente?

No Sí No sabe Rehusó contestar

Nota/Comentarios

Nombre completo del entrevistador

Puesto que Ocupa

Firma del entrevistador

Fecha