



# Condado de Monterey y San Benito HMIS Formulario Estandarizado

HMIS #:  
CM Name:  
Project Entry Date:

Este formulario está diseñado para ser completado por un proveedor de servicio mientras entrevista a un cliente.  
Un formulario estandarizado diferente debe ser llenado para cada miembro del hogar.

## Información del hogar Es el cliente: Adulto solo(a) Adulto acompañado Niño(a)

<b>Si marcó adulto solo(a)</b>	Ir a la sección de Información de Perfil
<b>Si marcó adulto acompañado:</b>	¿Es usted la Cabeza del Hogar (C.H.)?? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
	Si no, proveer el nombre del C.H.:
	¿Número de adultos en el hogar?:
	¿Número de niño(a) s en el hogar?:
<b>Si marcó niño(a):</b>	Proveer el nombre del CH:
<b>Si usted vive acompañado(a), ¿Cuál es su relación con la cabeza del hogar?</b>	<input type="checkbox"/> Yo soy la cabeza del hogar <input type="checkbox"/> La cabeza del hogar es un hijo(a) <input type="checkbox"/> Soy la pareja o esposo(a) del cabeza del hogar <input type="checkbox"/> Otro tipo de relación con la cabeza del hogar <input type="checkbox"/> Otro: sin ningún tipo de relación con la cabeza del hogar

## Información de perfil

<b>Primer Nombre</b>	<b>2do nombre</b>
<b>Apellido(s)</b>	
<b>Número de Seguro Social</b>	
<b>¿Es usted un veterano militar del Ejército Estadunidense?</b>	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> El cliente no sabe <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No contestó

## Datos Demográficos

<b>Fecha de Nacimiento:</b>	Mes/Día/Año:
<b>Genero</b>	<input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> No identifica como hombre, mujer, o transexual <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Cliente no sabe <input type="checkbox"/> Transgenero de masc. a fem. <input type="checkbox"/> No contestó <input type="checkbox"/> Transgenero de fem. a masc.
	<b>Otro,</b>
<b>Etnicidad</b>	<b>Raza:</b>
<input type="checkbox"/> No hispano/No Latino <input type="checkbox"/> Hispano/Latino <input type="checkbox"/> Cliente no sabe <input type="checkbox"/> No contestó	<input type="checkbox"/> Indio Americano o Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Negro o Afro Americano <input type="checkbox"/> Nativo Hawaiano o de las Islas del Pacifico <input type="checkbox"/> Blanco (Caucásico) <input type="checkbox"/> Cliente no sabe <input type="checkbox"/> No contestó

### Información de contacto y dirección antes de entrar al proyecto

<b>Dirección de calle</b>	
<b>Ciudad</b>	
<b>Estado</b>	Código postal:
<b>Fecha de inicio</b>	Mes/Día/Año:
<b>Si ya no vive aquí, ¿cuando se fue de este lugar?</b>	Mes/Día/Año:
<b>Razón por la que dejó la Residencia</b>	<input type="checkbox"/> Edificio expropiado <input type="checkbox"/> Desalojo <input type="checkbox"/> Conflicto con familia/amigo <input type="checkbox"/> Incendio <input type="checkbox"/> Traslado a nueva residencia <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Hacinamiento <input type="checkbox"/> Fondos insuficientes para pagar el alquiler
<b>Telefono</b>	
<b>Correo electronico</b>	
<b>Información del propietario del inmueble:</b>	Nombre: _____ Dirección: _____ Número de teléfono _____

### Status de vivienda

<input type="checkbox"/> Categoría 1: Sin residencia nocturna permanente <input type="checkbox"/> Categoría 2: En inminente riesgo de perder la casa <input type="checkbox"/> Categoría 3: Sin casa según otros estatutos federales <input type="checkbox"/> Categoría 4: Huyendo de violencia domestica	<input type="checkbox"/> En riesgo de perder la casa <input type="checkbox"/> Con casa estable <input type="checkbox"/> Cliente no sabe <input type="checkbox"/> No contestó
---	---

### 3. 917A Situación de vida

<b>Tipo de residencia</b>	<p><u>Situación de indigencia</u></p> <input type="checkbox"/> Lugar no apto para habitar (ej., vehículo, edificio abandonado, bus/tren/estación del metro /aeropuerto /o cualquier lugar en la intemperie)
	<input type="checkbox"/> Refugio de emergencia, incluyendo hotel o motel, pagado con cupones de refugio de emergencia
	<input type="checkbox"/> Safe Haven
	<input type="checkbox"/> Vivienda temporal
	<p><u>Situación institucional</u></p> <input type="checkbox"/> Hogar de crianza grupal o individual (Foster Care)
	<input type="checkbox"/> Hospital u otra instalación medica residencial no-psiquiátrica
	<input type="checkbox"/> Cárcel, prisión o instalaciones de detención juveniles
	<input type="checkbox"/> Residencia de cuidados u hogar de ancianos
	<input type="checkbox"/> Hospital psiquiátrico u otra facilidad psiquiátrica
	<input type="checkbox"/> Residiendo en una institución de desintoxicación o de tratamiento por abuso de sustancias
	<p><u>Situación de vivienda transicional y permanente</u></p> <input type="checkbox"/> Hotel o motel pagado sin cupones de refugio de emergencia
	<input type="checkbox"/> Residencia propia sin ningún tipo de subsidio
	<input type="checkbox"/> Residencia propia con algún tipo de subsidio
	<input type="checkbox"/> Residencia permanente para gente sin casa (tal como: CoC proyecto;)
	<input type="checkbox"/> Alquilada por cliente sin subsidio
	<input type="checkbox"/> Alquilada por cliente con subsidio VASH
	<input type="checkbox"/> Alquilada por cliente con subsidio GPD TIP
	<input type="checkbox"/> Alquilada por cliente con otro tipo de subsidio
	<input type="checkbox"/> Proyecto residencial u hogares de adaptación social (estos hogares no son para gente sin casa)
	<input type="checkbox"/> Hospedado o viviendo en un cuarto, apartamento o casa de un familia
	<input type="checkbox"/> Hospedado o viviendo en un cuarto, apartamento o casa de un amigo
	<input type="checkbox"/> Hogar transicional con gente sin casa (incluyendo jóvenes sin hogar)
	<input type="checkbox"/> Cliente no sabe <input type="checkbox"/> No contestó

Duración en vivienda anterior:	<input type="checkbox"/> Una noche o menos <input type="checkbox"/> dos a seis noches <input type="checkbox"/> Una semana o más, pero menos de un mes <input type="checkbox"/> Un mes o más, pero menos de 90 días <input type="checkbox"/> 90 días o más, pero menos de un año <input type="checkbox"/> Un año o más <input type="checkbox"/> Cliente no sabe <input type="checkbox"/> Cliente declina	
Fecha aproximada de estado de indigencia:	____/____/____	
Independientemente de donde se quedaron la noche anterior: Número de veces que el cliente ha estado en la calle, en ES, o SH en los últimos tres años, hoy incluido	<input type="checkbox"/> Una vez <input type="checkbox"/> Dos veces <input type="checkbox"/> Tres veces	<input type="checkbox"/> Cuatro veces o más <input type="checkbox"/> Cliente no sabe <input type="checkbox"/> Cliente declina
Número total de meses sin vivienda en la calle, en ES, o SH en los últimos tres años	<input type="checkbox"/> Un mes ((esta vez es el primer mes) <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/> 11 <input type="checkbox"/> 12 <input type="checkbox"/> Más de 12 meses <input type="checkbox"/> Cliente no sabe <input type="checkbox"/> Cliente declina	

### 3. 917B Situación de vida

<b>Type of Residence</b>	<p><u>Homeless Situation</u>  <b>Si el cliente está en una situación de indigencia, completa 3.917A Situación de vivienda (página anterior)</b></p> <p><u>Situación institucional</u></p> <p><input type="checkbox"/> Hogar de crianza grupal o individual (Foster Care)  <input type="checkbox"/> Hospital u otra instalación medica residencial no-psiquiátrica  <input type="checkbox"/> Cárcel, prisión o instalaciones de detención juveniles  <input type="checkbox"/> Residencia de cuidados u hogar de ancianos  <input type="checkbox"/> Hospital psiquiátrico u otra facilidad psiquiátrica  <input type="checkbox"/> Residiendo en una institución de desintoxicación o de tratamiento por abuso de sustancias</p> <p><u>Situación de vivienda transicional y permanente</u></p> <p><input type="checkbox"/> Hotel o motel pagado sin cupones de refugio de emergencia  <input type="checkbox"/> Residencia propia sin ningún tipo de subsidio  <input type="checkbox"/> Residencia propia con algún tipo de subsidio  <input type="checkbox"/> Residencia permanente para gente sin casa (tal como: CoC proyecto;)  <input type="checkbox"/> Alquilada por cliente sin subsidio  <input type="checkbox"/> Alquilada por cliente con subsidio VASH  <input type="checkbox"/> Alquilada por cliente con subsidio GPD TIP  <input type="checkbox"/> Alquilada por cliente con otro tipo de subsidio  <input type="checkbox"/> Proyecto residencial u hogares de adaptación social (estos hogares no son para gente sin casa)  <input type="checkbox"/> Hospedado o viviendo en un cuarto, apartamento o casa de un familia  <input type="checkbox"/> Hospedado o viviendo en un cuarto, apartamento o casa de un amigo  <input type="checkbox"/> Hogar transicional con gente sin casa (incluyendo jóvenes sin hogar)  <input type="checkbox"/> Cliente no sabe    <input type="checkbox"/> No contestó</p>	
	Duración en vivienda anterior:	<input type="checkbox"/> Una noche o menos <input type="checkbox"/> dos a seis noches <input type="checkbox"/> Una semana o más, pero menos de un mes <input type="checkbox"/> Un mes o más, pero menos de 90 días <input type="checkbox"/> 90 días o más, pero menos de un año <input type="checkbox"/> Un año o más <input type="checkbox"/> Cliente no sabe <input type="checkbox"/> Cliente declina
	Si es situación institucional, ¿se quedó menos de 90 días?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <b>If answer is Sí, then answer: ¿En la noche anterior se quedó en la calle, ES or SH?</b>
	Si es Transicional/Permanente, ¿se quedó con menos de 7 días?	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <b>If answer is Sí, then answer: ¿En la noche anterior se quedó en la calle, ES or SH?</b>
	¿En la noche anterior se quedó en la calle, ES or SH?	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <b>Si la respuesta es Sí. Responde a las 3 siguientes preguntas:</b>
	Fecha aproximada de estado de indigencia: _____/_____/_____	
	Independientemente de donde se quedaron la noche anterior: Número de veces que el cliente ha estado en la calle, en ES, o SH en los últimos tres años, hoy incluido	<input type="checkbox"/> Una vez <input type="checkbox"/> Dos veces <input type="checkbox"/> Tres veces <input type="checkbox"/> Cuatro veces o más <input type="checkbox"/> Cliente no sabe <input type="checkbox"/> Cliente declina
	Número total de meses sin vivienda en la calle, en ES, o SH en los últimos tres años	<input type="checkbox"/> Un mes (esta vez es el primer mes) <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9

- 10    11  
 12    Más de 12 meses  
 Cliente no sabe    Cliente declina

### Ingresos y beneficios adicionales

<p><b>¿Está usted recibiendo ingresos de alguna fuente?</b></p> <p style="text-align: center;"><b>Ingreso mensual total:</b></p> <p><input type="checkbox"/> Pensión alimenticia o apoyo de esposo \$ _____                  Fecha de inicio: _____</p> <p><input type="checkbox"/> Manutención de hijo \$ _____                  Fecha de inicio: _____</p> <p><input type="checkbox"/> Ingresos por trabajo \$ _____                  Fecha de inicio: _____</p> <p><input type="checkbox"/> Asistencia General \$ _____                  Fecha de inicio: _____</p> <p><input type="checkbox"/> Otro \$ _____                  Fecha de inicio: _____</p> <p>Especifique: _____</p> <p><input type="checkbox"/> Pensión u otro ingreso por pensión \$ _____                  Fecha de inicio: _____</p> <p><input type="checkbox"/> Seguro de discapacidad privado \$ _____                  Fecha de inicio: _____</p>	<p><input type="checkbox"/> Si   <input type="checkbox"/> No   <input type="checkbox"/> Cliente no sabe   <input type="checkbox"/> No contestó</p> <p>\$ _____</p> <p><input type="checkbox"/> Pensión por seguro social \$ _____                  Fecha de inicio: _____</p> <p><input type="checkbox"/> SSDI \$ _____                  Fecha de inicio: _____</p> <p><input type="checkbox"/> SSI \$ _____                  Fecha de inicio: _____</p> <p><input type="checkbox"/> TANF \$ _____                  Fecha de inicio: _____</p> <p><input type="checkbox"/> Seguro por desempleo \$ _____                  Fecha de inicio: _____</p> <p><input type="checkbox"/> VA Service Connected Disability \$ _____                  Fecha de inicio: _____</p> <p><input type="checkbox"/> VA Non-Service Connected Disability \$ _____                  Fecha de inicio: _____</p> <p><input type="checkbox"/> Compensación laboral \$ _____                  Fecha de inicio: _____</p>
--	--

### Beneficios no-monetarios

<p><b>¿Usted recibe beneficios no-monetarios?</b></p> <p><input type="checkbox"/> Sección 8, o ayuda para alquilar \$ _____</p> <p><input type="checkbox"/> Special Supp. Nutrition for WIC \$ _____</p> <p><input type="checkbox"/> SNAP (Cupones de alimentos) \$ _____</p> <p><input type="checkbox"/> TANF Cuidado de niño(a)s \$ _____</p>	<p><input type="checkbox"/> Si   <input type="checkbox"/> No   <input type="checkbox"/> Cliente no sabe   <input type="checkbox"/> No contestó</p> <p><input type="checkbox"/> TANF Transporte \$ _____</p> <p><input type="checkbox"/> Other TANF-Funded Services \$ _____</p> <p><input type="checkbox"/> Ayuda temporal para alquilar \$ _____</p> <p><input type="checkbox"/> Otras ayudas \$ _____, especifique _____</p>
---	--

### Seguro de salud

<p><b>¿Tiene usted seguro de salud?</b></p> <p><input type="checkbox"/> Medicaid</p> <p><input type="checkbox"/> Medicare</p> <p><input type="checkbox"/> Seguro médico estatal para niño(a)s</p> <p style="padding-left: 20px;"><input type="checkbox"/> VA Medical Servicios</p> <p><input type="checkbox"/> Asegurado por empleador</p>	<p><input type="checkbox"/> Si   <input type="checkbox"/> No   <input type="checkbox"/> Cliente no sabe   <input type="checkbox"/> No contestó</p> <p><input type="checkbox"/> Seguro médico privado pagado</p> <p><input type="checkbox"/> Seguro médico estatal para adultos</p> <p><input type="checkbox"/> Programa de Salud para Indios Americanos</p> <p><input type="checkbox"/> Otro</p> <p>Especifique: _____</p>
--	--

## Discapacidad

¿Tiene usted alguna discapacidad de larga duración?		<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> Cliente no sabe
		<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No contestó
<i>Si su respuesta fue si, por favor complete las siguientes preguntas para cada discapacidad</i>			
<b>Abuso de Alcohol</b> <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Cliente no sabe <input type="checkbox"/> No contestó  <b>Fecha de inicio</b> _____	¿Condición larga?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
		<input type="checkbox"/> Cliente no sabe	<input type="checkbox"/> No contestó
	¿Es esta discapacidad de larga, continua e indefinida duración y afecta sustancialmente su vida independiente?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
		<input type="checkbox"/> Cliente no sabe	<input type="checkbox"/> No contestó
	¿Tiene documentación sobre esta discapacidad y sobre su severidad?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
		<input type="checkbox"/> Cliente no sabe	<input type="checkbox"/> No contestó
	¿Actualmente recibe servicio/tratamiento para esta discapacidad?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
		<input type="checkbox"/> Cliente no sabe	<input type="checkbox"/> No contestó
<b>Abuso de ambos las drogas y el alcohol</b> <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Cliente no sabe <input type="checkbox"/> No contestó  <b>Fecha de inicio</b> _____	¿Condición larga?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
		<input type="checkbox"/> Cliente no sabe	<input type="checkbox"/> No contestó
	¿Espera que afecte sustancialmente su vida independiente?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
		<input type="checkbox"/> Cliente no sabe	<input type="checkbox"/> No contestó
	¿Tiene documentación sobre esta discapacidad y sobre su severidad?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
		<input type="checkbox"/> Cliente no sabe	<input type="checkbox"/> No contestó
	¿Actualmente recibe servicio/tratamiento para esta discapacidad?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
		<input type="checkbox"/> Cliente no sabe	<input type="checkbox"/> No contestó
<b>Condición crónica de salud</b> <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Cliente no sabe <input type="checkbox"/> No contestó  <b>Fecha de inicio</b> _____	¿Condición larga?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
		<input type="checkbox"/> Cliente no sabe	<input type="checkbox"/> No contestó
	¿Espera que afecte sustancialmente su vida independiente?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
		<input type="checkbox"/> Cliente no sabe	<input type="checkbox"/> No contestó
	¿Tiene documentación sobre esta discapacidad y sobre su severidad?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
		<input type="checkbox"/> Cliente no sabe	<input type="checkbox"/> No contestó
	¿Actualmente recibe servicio/tratamiento para esta discapacidad?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
		<input type="checkbox"/> Cliente no sabe	<input type="checkbox"/> No contestó

## Discapacidad

<p><b>Discapacidad del Desarrollo</b>    <input type="checkbox"/> Si    <input type="checkbox"/> No  <input type="checkbox"/> Cliente no sabe  <input type="checkbox"/> No contestó</p> <p><b>Fecha de inicio</b> _____</p>	<p>¿Condición larga?    <input type="checkbox"/> Si    <input type="checkbox"/> No  <input type="checkbox"/> Cliente no sabe  <input type="checkbox"/> No contestó</p>
	<p>¿Espera que afecte sustancialmente su vida independiente?    <input type="checkbox"/> Si    <input type="checkbox"/> No  <input type="checkbox"/> Cliente no sabe  <input type="checkbox"/> No contestó</p>
	<p>¿Tiene documentación sobre esta discapacidad y sobre su severidad?    <input type="checkbox"/> Si    <input type="checkbox"/> No  <input type="checkbox"/> Cliente no sabe  <input type="checkbox"/> No contestó</p>
	<p>¿Actualmente recibe servicio/tratamiento para esta discapacidad?    <input type="checkbox"/> Si    <input type="checkbox"/> No  <input type="checkbox"/> Cliente no sabe  <input type="checkbox"/> No contestó</p>
<p><b>Abuso de Sustancias</b>    <input type="checkbox"/> Si    <input type="checkbox"/> No  <input type="checkbox"/> Cliente no sabe  <input type="checkbox"/> No contestó</p> <p><b>Fecha de inicio</b> _____</p>	<p>¿Condición larga?    <input type="checkbox"/> Si    <input type="checkbox"/> No  <input type="checkbox"/> Cliente no sabe  <input type="checkbox"/> No contestó</p>
	<p>¿Espera que afecte sustancialmente su vida independiente?    <input type="checkbox"/> Si    <input type="checkbox"/> No  <input type="checkbox"/> Cliente no sabe  <input type="checkbox"/> No contestó</p>
	<p>¿Tiene documentación sobre esta discapacidad y sobre su severidad?    <input type="checkbox"/> Si    <input type="checkbox"/> No  <input type="checkbox"/> Cliente no sabe  <input type="checkbox"/> No contestó</p>
	<p>¿Actualmente recibe servicio/tratamiento para esta discapacidad?    <input type="checkbox"/> Si    <input type="checkbox"/> No  <input type="checkbox"/> Cliente no sabe  <input type="checkbox"/> No contestó</p>
<p><b>VIH/SDIA</b>    <input type="checkbox"/> Si    <input type="checkbox"/> No  <input type="checkbox"/> Cliente no sabe  <input type="checkbox"/> No contestó</p> <p><b>Fecha de inicio</b> _____</p>	<p>¿Condición larga?    <input type="checkbox"/> Si    <input type="checkbox"/> No  <input type="checkbox"/> Cliente no sabe  <input type="checkbox"/> No contestó</p>
	<p>¿Espera que afecte sustancialmente su vida independiente?    <input type="checkbox"/> Si    <input type="checkbox"/> No  <input type="checkbox"/> Cliente no sabe  <input type="checkbox"/> No contestó</p>
	<p>¿Tiene documentación sobre esta discapacidad y sobre su severidad?    <input type="checkbox"/> Si    <input type="checkbox"/> No  <input type="checkbox"/> Cliente no sabe  <input type="checkbox"/> No contestó</p>
	<p>¿Actualmente recibe servicio/tratamiento para esta discapacidad?    <input type="checkbox"/> Si    <input type="checkbox"/> No  <input type="checkbox"/> Cliente no sabe  <input type="checkbox"/> No contestó</p>

### Discapacidad

<p><b>Problemas de Salud Mental</b></p> <p><input type="checkbox"/> Si    <input type="checkbox"/> No  <input type="checkbox"/> Cliente no sabe  <input type="checkbox"/> No contestó</p> <p><b>Fecha de inicio</b> _____</p>	<p>¿Condición larga?</p> <p><input type="checkbox"/> Si    <input type="checkbox"/> No  <input type="checkbox"/> Cliente no sabe  <input type="checkbox"/> No contestó</p>
	<p>¿Es de larga, continua e indefinida duración y afecta sustancialmente su vida independiente?</p> <p><input type="checkbox"/> Si    <input type="checkbox"/> No  <input type="checkbox"/> Cliente no sabe  <input type="checkbox"/> No contestó</p>
	<p>¿Tiene documentación sobre esta discapacidad y sobre su severidad?</p> <p><input type="checkbox"/> Si    <input type="checkbox"/> No  <input type="checkbox"/> Cliente no sabe  <input type="checkbox"/> No contestó</p>
	<p>¿Actualmente recibe servicio/tratamiento para esta discapacidad?</p> <p><input type="checkbox"/> Si    <input type="checkbox"/> No  <input type="checkbox"/> Cliente no sabe  <input type="checkbox"/> No contestó</p>
<p><b>Discapacidad física</b></p> <p><input type="checkbox"/> Si    <input type="checkbox"/> No  <input type="checkbox"/> Cliente no sabe  <input type="checkbox"/> No contestó</p> <p><b>Fecha de inicio</b> _____</p>	<p>¿Condición larga?</p> <p><input type="checkbox"/> Si    <input type="checkbox"/> No  <input type="checkbox"/> Cliente no sabe  <input type="checkbox"/> No contestó</p>
	<p>¿Es esta discapacidad de larga, continua e indefinida duración y afecta sustancialmente su vida independiente?</p> <p><input type="checkbox"/> Si    <input type="checkbox"/> No  <input type="checkbox"/> Cliente no sabe  <input type="checkbox"/> No contestó</p>
	<p>¿Tiene documentación sobre esta discapacidad y sobre su severidad?</p> <p><input type="checkbox"/> Si    <input type="checkbox"/> No  <input type="checkbox"/> Cliente no sabe  <input type="checkbox"/> No contestó</p>
	<p>¿Actualmente recibe servicio/tratamiento para esta discapacidad?</p> <p><input type="checkbox"/> Si    <input type="checkbox"/> No  <input type="checkbox"/> Cliente no sabe  <input type="checkbox"/> No contestó</p>

### Violencia domestica

<p><b>¿Actualmente o alguna vez ha estado usted en una relación donde usted fue física o emocionalmente agredido(a), amenazado(a) o sintió miedo de ser agredido(a)?</b></p> <p>De ser así, ¿cuándo ocurrió esto?</p> <p>De ser así, ¿esta usted huyendo ahora ?</p>	<p><input type="checkbox"/> Si                      <input type="checkbox"/> Cliente no sabe  <input type="checkbox"/> No                      <input type="checkbox"/> No contestó</p>
	<p><input type="checkbox"/> En los últimos tres meses  <input type="checkbox"/> De tres a seis meses  <input type="checkbox"/> De seis a menos de un año  <input type="checkbox"/> Hace un año o mas  <input type="checkbox"/> Cliente no sabe  <input type="checkbox"/> No contestó</p>
	<p><input type="checkbox"/> Si                                      <input type="checkbox"/> Cliente no sabe  <input type="checkbox"/> No                                      <input type="checkbox"/> No contestó</p>



**Estado de empleo**

<b>Empleado</b>	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Cliente no sabe <input type="checkbox"/> Cliente declina
Si la respuesta es sí, qué tipo de empleo	<input type="checkbox"/> Tiempo completo <input type="checkbox"/> Tiempo parcial <input type="checkbox"/> Estacional/Esporádico (también trabajo por día)	
Si la respuesta es No, porqué sin empleo	<input type="checkbox"/> buscando empleo <input type="checkbox"/> No puede trabajar <input type="checkbox"/> No busca empleo	

**Último grado completado**

Último grado completo	<input type="checkbox"/> Inferior a grado 5 <input type="checkbox"/> Grado 5-6 <input type="checkbox"/> Grado 7-8 <input type="checkbox"/> Grado 9-11 <input type="checkbox"/> Grado 12/ diploma de bachillerato <input type="checkbox"/> Programa escolar no tiene grados	<input type="checkbox"/> GED <input type="checkbox"/> Algunos estudios universitarios <input type="checkbox"/> Diplomado <input type="checkbox"/> Licenciatura <input type="checkbox"/> Maestría <input type="checkbox"/> Certificación vocacional <input type="checkbox"/> Cliente no sabe <input type="checkbox"/> Cliente declina
-----------------------	---	---

**Proyectos de Relocalización rápida solamente**

Fecha de mudanza a la residencia	
----------------------------------	--

*Yo (cliente adulto o cabeza de hogar) certifico que la información aquí proveída es verdad/correcta a mi mejor entender/saber.*

\_\_\_\_\_  
Nombre del cliente en imprenta                      Firma del cliente                      Fecha

\_\_\_\_\_  
Nombre del entrevistador en imprenta                      Forma del entrevistador                      Fecha