**Entrevista sobre Datos Específicos de Programa para Proyectos HOPWA (Housing Opportunities for People with AIDS)**

 **W1** Servicios brindados por fondos HOPWA (Debe actualizarse cada vez que se le provea un servicio al participante).

Fecha del Servicio: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Tipo de Servicio brindado: [ ]  Cuido personal diurno de adultos [ ]  Cuidado de Niños [ ]  Manejo de Caso

 [ ]  Justicia Criminal/Servicios Legales [ ]  Educación

 [ ]  Servicios de Adiestramiento y Empleo [ ]  Comidas/Servicios Nutricionales

 [ ]  Cuidado Médico/Salud [ ]  Adiestramiento en Destrezas de Vida

 [ ]  Consejería/Cuidado Salud Mental [ ]  Alcance Comunitario y/o Enlace

 [ ]  Servicios/Tratamiento Abuso de Sustancias [ ]  Transportación

 [ ]  Otro Servicio subvencionado por HOPWA \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

W2 Asistencia Financiera brindada por fondos HOPWA (Aplica a Participante Principal que reciben la ayuda financiera) Debe actualizarse cada vez que se le provea la ayuda al participante.

Fecha de la ayuda financiera: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Tipo de Ayuda Financiera brindada:

[ ]  Asistencia en Renta (PHP y STRMU) Cantidad: $\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

[ ]  Depósitos de Seguridad (PHP) Cantidad: $\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

[ ]  Depósito de Utilidades (PHP) Cantidad: $\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

[ ]  Pago de Utilidades (PHP y STRMU) Cantidad: $\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

[ ]  Asistencia de Hipoteca (STRMU) Cantidad: $\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

W3 Asistencia Médica (Aplica a todos los participantes con VIH/SIDA)

Fecha de efectividad de la información: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

¿Recibe asistencia médica pública para la condición VIH/SIDA?: [ ]  Sí [ ]  No [ ]  Participante No Sabe

 [ ]  Participante Rehusó

 De haber contestado “No” en la pregunta anterior, indique razón:

 [ ]  Solicitó, pero pendiente de la decisión de aprobación [ ]  Solicitó, pero no es elegible

[ ]  No ha solicitado [ ]  Tipo de seguro no aplica al participante

[ ]  Participante No Sabe [ ]  Participante Rehusó

 ¿Recibe servicios bajo el programa ADAP (AIDS Drug Assistance Program)?

 [ ]  Sí [ ]  No [ ]  Participante No Sabe [ ]  Participante Rehusó

De haber contestado “No” en la pregunta anterior, indique razón:

 [ ]  Solicitó pero pendiente de la decisión de aprobación [ ]  Solicitó pero no es elegible

[ ]  No ha solicitado [ ]  Tipo de seguro no aplica al participante

[ ]  Participante No Sabe [ ]  Participante Rehusó

W4 T-cell (CD4) y Carga Viral

 Fecha de efectividad de la información: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 ¿Tiene disponible el Conteo T-cell (CD4)?: [ ]  Sí [ ]  No [ ]  Participante No Sabe [ ]  Participante Rehusó

De haber contestado que “SI”,

 Indique cantidad (0-1500) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

¿Cómo los datos de la prueba fueron obtenidos? [ ]  Reporte Médico [ ]  Reportado por el participante

 [ ]  Otro

 ¿Tiene disponible el Conteo de Carga Viral? [ ]  No Disponible [ ]  Disponible [ ]  Indetectable [ ]  Data No recolectada [ ]  Participante Rehusó

De haber contestado que “SI”,

Indique Número de Carga Viral (0-999999) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

¿Cómo fueron obtenidos los datos? [ ]  Reporte Médico [ ]  Reportado por el participante

 [ ]  Otro