## Entrevista Inicial al Participante para HMIS

Fecha de Autorización del Documento de Notificación, Consentimiento y Autorización: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Manejador de Casos: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Datos Universales de HMIS (Aplican a todo tipo de proyecto no importa su propuesta)

**3.01** Nombre con ambos apellidos: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Alias o Apodo: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombre del Participante se obtuvo:  Completo  Parcial, nombre de calle o nombre en código

Participante No Sabe  Participante Rehusó

**3.02** Seguro Social: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Seguro Social del Participante se obtuvo:  Completo  Aproximado o Parcial

Participante No Sabe  Participante Rehusó

**3.03** Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento del Participante se obtuvo:  Completa  Aproximada o Parcial,  Participante No Sabe  Participante Rehusó

**3.04** Raza:  Nativo Americano o Nativo de Alaska  Asiático  Negro o Afroamericano  Blanco

Nativo hawaiano o de otras islas del Pacífico  Participante No Sabe  Participante Rehusó

**3.05** Etnia:  Hispano/Latino  No Hispano/Latino  Participante No Sabe  Participante Rehusó

**3.06** Género:  Femenino  Masculino  Transgénero de Femenino a Masculino

Transgénero de Masculino a Femenino  No se identifica como masculino, femenino  Participante No Sabe  Participante Rehusó

**3.07** Veterano (Aplica a todos los adultos):  Si  No  Participante No Sabe  Participante Rehusó

3.10 Fecha de Admisión al Proyecto: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombre del Proyecto: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**3.20** Fecha de Mudanza Residencial (“Move-In date”) (Aplica a proyectos de Rapid Re-Housing (RRH) y viviendas permanentes, para el Participante Principal en el momento que se muda a la unidad de vivienda):

Fecha de Mudanza: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

3.15 Relación del entrevistado con el Participante Principal:

Es el Participante Principal  Hijo(a)  Esposa(o) o compañera(o) del Participante Principal

Otro miembro familiar relacionado al Participante Principal  Miembro NO familiar relacionado al Participante Principal

**4.13** Fecha de Enlace (Engagement) (Aplica solo a proyectos de Alcance comunitario-“Outreach”, albergues noche-tras-noche y componentes de PATH) (Aplica a Participante Principal y Adultos):\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**4.14** Fecha de Cama (Se utiliza solo para albergues de emergencia con fondos **ESG** que su ocupación de camas sea de noche tras noche (night-by-night): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

P3 Estatus de PATH (Aplica a adultos y Participante Principal y solo a proyectos con fondos PATH):

Fecha de Determinación del estatus: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

¿El participante que admitido en PATH?:  Sí  No

Si el participante no fue admitido cual fue la razón:

No es elegible para programa PATH

No fue admitido por otra(s) razón(es)

No es posible localizar el participante

**3.08** Condición Incapacitante (Aplica a todos):  Si  No  Participante No Sabe

Participante Rehusó

3.16 Localización Geográfica del Participante: Puerto Rico Balance Of Commonwealth COC 502

3.917B Situación de Vida Anterior (Aplica al Participante Principal y Adultos)

Tipo de Residencia antes de participar de los servicios del proyecto, (Aplica a adultos y Participante Principal):

*Literalmente Sin Hogar*:

Lugar no destinado a vivienda (auto, parque, calle, edificio abandonado, estación del tren o aeropuerto o cualquier lugar a la intemperie)

Albergue de Emergencia, incluyendo motel u hotel pagado mediante vale de albergue de emergencia

Safe Haven

*Situación Institucional:*

Hogar de Crianza individual u Hogar de crianza grupal institucional

Hospital o centro psiquiátrico

Hospital u otra facilidad médica residencial no psiquiátrica

Cárcel o Institución Juvenil

Facilidad de cuidado a largo plazo u hospicio

Centro de tratamiento para abuso de substancia o Centro D-Tox

*Situación de Vivienda Transitoria/Permanente:*

Hogares Privados de Apoyo “Host Homes “

Hotel o Motel pagado que no sea mediante vale de albergue de emergencia

Casa propia, sin subsidio

Casa propia, con subsidio

Vivienda permanente para personas que estaban sin hogar que NO sea RRH

Casa alquilada con RRH o subsidio equivalente

Casa alquilada, con vale HCV (“Tenant or Project based”)

Casa alquilada, en una unidad de vivienda pública

Casa Alquilada, sin subsidio

Casa alquilada, con subsidio de vivienda VASH

Casa alquilada, con subsidio GPD TIP

Casa alquilada, con otro subsidio de vivienda

Proyecto residencial o centro de rehabilitación sin requisito de ser persona sin hogar

Quedándose en la casa, apartamento o cuarto de un familiar

Quedándose en la casa, apartamento o cuarto de un amigo

Vivienda Transitoria para las personas sin hogar (incluyendo jóvenes sin hogar)

Participante No Sabe  Participante Rehusó

Tiempo en el tipo de residencia anterior indicada en la pasada pregunta en una situación literalmente sin hogar (Aplica Participante Principal y adultos):

Una noche o menos  Dos a seis noches  Una semana o Más pero menos de un mes

Uno mes o Más pero menos de 90 días  90 días o más pero menos de un año

Un año o más  Participante No Sabe  Participante Rehusó

Fecha aproximada de comienzo de estar sin hogar: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Independientemente de donde se quedó la noche antes de entrar al proyecto, Indique el número de veces que el participante ha estado sin hogar quedándose en las calles, albergue de emergencia o “Safe Haven” en los pasados 3 años, incluyendo el día de hoy:

1 vez  2 veces  3 veces  4 o más veces

Participante No Sabe  Participante Rehusó

Número Total de Meses sin hogar quedándose en las calles, albergues de emergencia o “Safe Haven” en los Pasados 3 años:

Un mes (esta vez es su primer mes)  2-12 meses, especifique: \_\_\_\_\_\_\_  Más de 12 meses  Participante No Sabe  Participante Rehusó

Si contestó que provenía de un Tipo de Residencia Institucional:

¿Estuvo menos de 90 días?  Sí  No

De indicar que “Sí”:  Una noche o menos  Dos a seis noches

Una semana o Más pero menos de un mes

Uno mes o Más pero menos de 90 días

¿La noche antes de estar en esa institución, durmió en la calle, un albergue de emergencia o “Safe Haven”?

Sí  No

De indicar que Sí, diga la fecha aproximada de comienzo de estar sin hogar en la calle, albergue de emergencia o “Safe Haven”: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Independientemente de donde se quedó la noche antes de entrar a la institución, Indique el número de veces que el participante ha estado quedándose en las calles, albergue de emergencia o “Safe Haven” en los pasados 3 años, incluyendo el día de hoy:

1 vez  2 veces  3 veces  4 o más veces

Participante No Sabe  Participante Rehusó

Número Total de Meses, quedándose en las calles, albergues de emergencia o “Safe Haven” en los Pasados 3 años:

Un mes (esa vez es su primer mes)  2-12 meses, especifique: \_\_\_\_\_\_\_  Más de 12 meses  Participante No Sabe  Participante Rehusó  Data No Recolectada

Si contestó que provenía de un Tipo de Residencia transitoria o permanente:

¿Estuvo menos de 7 noches?  Sí  No

De indicar que “Sí”:  Una noche o menos  Dos a seis noches

La noche antes de estar en esa residencia transitoria o permanente; ¿durmió en la calle, un albergue de emergencia o “Safe Haven”?

Sí  No

De indicar que Sí, diga la fecha aproximada de comienzo de estar sin hogar en la calle, albergue de emergencia o “Safe Haven”: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Independientemente de donde se quedó la noche antes de entrar a la vivienda transitoria o permanente, indique el número de veces que el participante ha estado sin hogar quedándose en las calles, albergue de emergencia o “Safe Haven” en los pasados 3 años, incluyendo el día de hoy:

1 vez  2 veces  3 veces  4 o más veces

Participante No Sabe  Participante Rehusó

Número Total de Meses, quedándose en las calles, albergues de emergencia o “Safe Haven” en los Pasados 3 años:

Un mes (esa vez es su primer mes)  2-12 meses, especifique: \_\_\_\_\_\_\_  Más de 12 meses  Participante No Sabe  Participante Rehusó

Data No Recolectada

Datos Específicos de Programa

**4.04** **Seguro de Salud**

Está cubierto por algún Seguro de Salud actualmente:  Si  No  Participante No Sabe  Participante Rehusó

De haber contestado SI en la pasada Pregunta, marcar cada tipo de Seguro de Salud. (Marque NO para los que ya fueron terminados, aunque hayan sido recibidos en el pasado):

Medicaid -  Si  No

De haber contestado NO, indique la razón (Requerido a proyectos HOPWA):

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

Medicare  Sí  No

De haber contestado NO, indique la razón (Requerido a proyectos HOPWA):

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

Programa de Seguro de Salud del Estado para niños  Sí  No

De haber contestado NO, indique la razón (Requerido a proyectos HOPWA):

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

Servicios Médicos del Hospital de Veteranos (VA) -  Sí  No

De haber contestado NO, indique la razón (Requerido a proyectos HOPWA):

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

Seguro de Salud a través del Patrono –  Sí  No

De haber contestado NO, indique la razón (Requerido a proyectos HOPWA):

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

Seguro de Salud para adultos a través del Estado –  Sí  No

De haber contestado NO, indique la razón (Requerido a proyectos HOPWA):

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

Seguro de Salud Privado –  Sí  No

De haber contestado NO, indique la razón (Requerido a proyectos HOPWA):

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

Seguro de Salud a través de COBRA –  Sí  No

De haber contestado NO, indique la razón (Requerido a proyectos HOPWA):

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

Programa de Servicios de Salud Indio –  Sí  No

De haber contestado NO, indique la razón (Requerido a proyectos HOPWA):

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

Otro: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

P4 Participante conectado a programa SOAR (SSI/SSDI Outreach, Access and Recovery) – Aplica a Participante Principal y adultos y proyectos con fondos PATH.

Sí  No  Participante No Sabe  Participante Rehusó  Data No Recolectada

**Barreras – Incapacidades:**

SI NO Participante No Sabe Participante Rehusó

**4.05** **Incapacidad Física:**

¿Se espera que sea de larga,

Continua e indefinida duración e

impida sustancialmente su habilidad

para vivir independientemente?

**4.06** **Incapacidad de Desarrollo:**

SI NO Participante No Sabe Participante Rehusó

**4.07** **Condición de Salud Crónica:**

¿Se espera que sea de larga,

Continua e indefinida duración e

impida sustancialmente su habilidad

para vivir independientemente?

**4.08** **Condición VIH/SIDA**:

**4.09** **Problema de Salud Mental**:

¿Se espera que sea de larga,

Continua e indefinida duración e

impida sustancialmente su habilidad

para vivir independientemente?

NO Drogas Alcohol Participante No Sabe Participante Rehusó

**4.10** **Abuso de Sustancias**:

¿Se espera que sea de larga,

Continua e indefinida duración e

impida sustancialmente su habilidad

para vivir independientemente? SI NO Participante No Sabe Participante Rehusó

**4.11** **Violencia Domestica** (Aplica a Participante Principal y Adultos):

Fecha de efectividad de la Información: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

¿Es Victima?:  Sí  No  Participante No Sabe  Participante Rehusó

¿Último incidente fue en?:  En los últimos 3 meses  De 3 a 6 meses, excluyendo 6 meses

De 6 meses a un año, excluyendo el año exacto  Un año o Más

Participante No Sabe  Participante Rehusó

¿Huyendo actualmente?  Sí  No  Participante No Sabe  Participante Rehusó

**4.02** **Ingresos** (Aplica a Adultos y Participante Principal):

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

Actualmente, ¿recibe ingresos de alguna fuente?:  Si  No

Participante No Sabe  Participante Rehusó

De haber contestado SI en la pasada Pregunta, marcar los que apliquen y colocar cantidad mensual ($):

Salario por Trabajo: $\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Seguro por Desempleo: $\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Seguro de Ingreso Suplementario (SSI): $\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Seguro Social por Incapacidad (SSDI): $\_\_\_\_\_\_\_\_

Compensación Incapacidad de Veterano–Servicio VA: $\_\_\_\_\_\_\_\_\_  TANF: $\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Pensión por Incapacidad de Veterano-No relacionado a VA: $\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Seguro Privado Por Incapacidad: $\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Asistencia General (GA): $\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Compensación para Trabajadores: $\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Seguro Social Por Retiro: $\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Pensión Por Retiro de empleo: $\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Pensión Alimentaria para Niños: $\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Pensión Alimentaria o Manutención Conyugal: $\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Otros Ingresos: $\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Indique otros ingresos: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**4.03** **Beneficios No Económicos** (Aplica a Adultos y Participante Principal):

Fecha de efectividad de la Información: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

¿Recibe Beneficios no-económicos actualmente?:  Si  No

Participante No Sabe  Participante Rehusó

De haber contestado SI en la pasada Pregunta, marcar los que apliquen:

PAN:  WIC  TANF – Cuido de Niños  TANF – Transportación  TANF - Otros servicios

Otros:

Indique otros Beneficios: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

4.12 Situación de Vida Actual (Aplica al Participante Principal y Adultos y a proyectos de Alcance Comunitario, Solo Servicios, Sistema Coordinado y Albergue de emergencia noche tras noche)

Fecha de Información (Dia de Contacto) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Tipo de Residencia antes de participar de los servicios del proyecto, (Aplica a adultos y Participante Principal):

*Literalmente Sin Hogar*:

Lugar no destinado a vivienda (auto, parque, calle, edificio abandonado, estación del tren o aeropuerto o cualquier lugar a la intemperie)

Albergue de Emergencia, incluyendo motel u hotel pagado mediante vale de albergue de emergencia, o albergue de apoyo (“Host Home”) pagado con fondos “Runaway Homeless Youth” (RHY)

Safe Haven

*Situación Institucional:*

Hogar de Crianza individual u Hogar de crianza grupal institucional

Hospital o centro psiquiátrico

Hospital u otra facilidad médica residencial no psiquiátrica

Cárcel o Institución Juvenil

Facilidad de cuidado a largo plazo u hospicio

Centro de tratamiento para abuso de substancia o Centro D-Tox

*Situación de Vivienda Transitoria/Permanente:*

Hotel o Motel pagado que no sea mediante vale de albergue de emergencia

Casa propia, sin subsidio

Casa propia, con subsidio

Hogares Privados de Apoyo “Host Homes “

Vivienda permanente para personas que estaban sin hogar que NO sea RRH

Casa Alquilada, sin subsidio

Casa alquilada, con subsidio de vivienda VASH

Casa alquilada, con subsidio GPD TIP

Casa alquilada, otro subsidio de vivienda

Casa alquilada con RRH o subsidio equivalente

Casa alquilada, con vale HCV (“Tenant or Project based”)

Casa alquilada, en una unidad de vivienda pública

Proyecto residencial o centro de rehabilitación sin requisito de ser persona sin hogar

Quedándose en la casa, apartamento o cuarto de un familiar

Quedándose en la casa, apartamento o cuarto de un amigo

Vivienda Transitoria para las personas sin hogar (incluyendo jóvenes sin hogar)

Otro: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  No se pudo determinar

Participante No Sabe  Participante Rehusó

¿El participante tiene que desalojar el lugar descrito en la pregunta anterior dentro de 14 días?

Sí  No  Participante No Sabe  Participante Rehusó

De haber contestado “Si” en la pregunta anterior:

¿El participante tiene una residencia subsiguiente identificada?

Sí  No  Participante No Sabe  Participante Rehusó

¿El individuo o familia tiene recursos o redes de apoyo para obtener otra vivienda permanente?

Sí  No  Participante No Sabe  Participante Rehusó

¿Ha tenido el cliente un interés de arrendamiento o propiedad en una unidad de vivienda permanente en los últimos 60 días?

Sí  No  Participante No Sabe  Participante Rehusó

¿El participante se ha mudado 2 veces o más en los últimos 60 días?

Sí  No  Participante No Sabe  Participante Rehusó

Notas:

1. Recuerde verificar si el participante ya existe en sistema con la sección Información del Cliente (participante).
2. Preguntas con posibles alternativas para responder deben ser mencionadas al participante para una mejor recolección de los datos.
3. Recuerde repasar el Manual de Estándares de HMIS para explicación de las preguntas.