

Administración

Nombre de Entrevistador/a _____	Agencia de Entrevistador/a _____	<input type="checkbox"/> Equipo <input type="checkbox"/> Personal <input type="checkbox"/> Voluntario
Fecha de Evaluación Previa MM/DD/AAAA ____/____/_____	Tiempo de la Evaluación Previa __ : __ AM/PM	Lugar de la Evaluación Previa _____

Guion Introductorio

Cada entrevistador/a en nuestra comunidad en cualquier organización debe usar el mismo guion introductorio. Este guion debe incluir la siguiente información:

"Me llamo [] y trabajo para una organización que se llama []. Tengo una evaluación que dura 15 minutos que quisiera completar contigo. Las respuestas nos ayudarán a determinar cómo podemos proporcionar apoyo. La mayoría de las preguntas sólo requieren "sí" o "no." Algunas preguntas requieren respuestas breves. La información recopilada se entra en el Sistema de Información para Personas Sin Casa ni Hogar (HMIS), esto asegurará que usted no tenga que de agencia en agencia por toda la ciudad para que lo pongan en cada lista de espera. Sólo tendrá que llenar estos documentos una vez. Si usted tiene un trabajador/a social que le ayuda con otras aplicaciones de búsqueda de hogar, usted debe seguir trabajando con ellos después de terminar esta evaluación previa

Luego de esta evaluación, puedo darle alguna información básica sobre recursos que podrían ser una buena opción para usted. Tiene que entender que hay pocos recursos de asistencia para obtener un hogar que están conectado con esta evaluación, así que es posible pero improbable que pueda obtener asistencia para hogar directamente a través de este proceso. La ventaja principal de hacer esta encuesta es que nos dará una mejor idea de sus necesidades y los recursos que podría ser elegible.

¿Quiere tomar la evaluación conmigo?"

"Si en algún momento no me entiende lo que estoy preguntando, hagamelo saber y le ayudaré a entender lo que quiero saber. Vamos a empezar con la primera pregunta..."

Información General

Nombre _____	Apellido _____	Apodo _____
¿En qué idioma siente que se puede expresar mejor? _____		
Fecha de nacimiento MM/DD/AAAA ____/____/_____	Edad _____	Número de Seguro Social _____ - _____ - _____
		¿Ha dado su permiso para participar? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

A. Historial de Vivienda e Indigencia (Sin Casa)

1. ¿Dónde duerme usualmente? (marque uno)
 - Refugio Otro (especifique): _____
 - Vivienda Transicional Se niega a contestar
 - Afuera / en la calle (incluyendo todos los lugares no destinados para la vida humana, incluyendo la calle, banco o portal o entrada de casa, carro, autobús o transporte subterráneo, parque o edificio abandonado)
2. ¿Hace cuánto tiempo que ha vivido en una vivienda estable permanente? _____ Se niega a contestar

3. En los últimos tres años, ¿cuántas veces ha vivido en la calle o en refugios para indigentes? _____ Se niega a contestar

B. Riesgos

4. En los últimos seis meses, -- "*desde [nombre de mes]*" -- ¿cuántas veces...

A) ha recibido atención sanitaria en una sala o departamento de emergencias? _____ Se niega a contestar

B) le han llevado al hospital en una ambulancia? _____ Se niega a contestar

C) ha sido hospitalizado/a como paciente interno/a? _____ Se niega a contestar

D) ha utilizado un servicio de emergencia o de crisis, incluyendo crisis por asalto sexual, salud mental, violencia familiar o íntima, centros de angustia y líneas de prevención de suicidios? _____ Se niega a contestar

E) ha hablado con la policía porque fue testigo de un crimen, víctima de un crimen, o acusado del crimen, o porque la policía le ordenó que desalojara una zona? _____ Se niega a contestar

F) ha estado una o más noches en una celda de detención, cárcel o prisión, ya sea durante una corta estancia, por ejemplo por estar borracho, como una larga estancia por delitos más graves, o por cualquier otra situación? _____ Se niega a contestar

5. ¿Ha sido atacado/a o golpeado/a desde que comenzó a vivir en la calle? Sí No Se niega a contestar

6. ¿Ha sido amenazado/a o ha tratado de lastimarse a usted mismo/a o a alguien más en el último año? Sí No Se niega a contestar

7. ¿Tiene alguna situación legal pendiente que pudiera resultar en encarcelamiento, por pago de multas, o que le suponga un obstáculo para alquilar una vivienda? Sí No Se niega a contestar

8. ¿Hay alguien que lo/a fuerza o le engaña para que haga cosas que no quiere hacer? Sí No Se niega a contestar

9. Alguna vez ¿hace cosas que pueden considerarse riesgosas como intercambiar sexo por dinero, vender drogas para alguien, tener sexo sin protección con alguien a quien verdaderamente no conoce, compartir una jeringa o algo así? Sí No Se niega a contestar

C. Socialización y Actividades Diarias

10. ¿Hay alguien, dueño pasado, empresa, corredor de apuestas, comerciante o grupo gubernamental como IRS que cree que usted le debe dinero? Sí No Se niega a contestar

11. ¿Recibe dinero del gobierno, pensión, una herencia, trabajo donde le pagan por debajo de la mesa, empleo regular, o algo así? Sí No Se niega a contestar

12. ¿Tiene actividades planeadas cada día, mas allá de sobrevivir el día a día, que le traen felicidad y con las que se siente satisfecho/a? Sí No Se niega a contestar

13. ¿Se encuentra actualmente capaz de mantener las necesidades básicas como bañarse, cambiarse de ropa, usar un baño, conseguir comida y agua limpia, y otras cosas así? Sí No Se niega a contestar

14. ¿Esta usted sin hogar, de alguna manera, debido a una relación que se cortó, una relación no saludable o abusiva, o porque familia o amigos decidieron desalojarlo/a? Sí No Se niega a contestar

D. Bienestar

15. ¿Alguna vez ha tenido que dejar un apartamento, un programa de refugio u otro lugar en el que se alojaba debido a su salud física? Sí No Se niega a contestar
16. ¿Tiene algún problema crónico de salud con su hígado, riñones, estómago, pulmones o corazón? Sí No Se niega a contestar
17. Si hubiera espacio disponible en un programa que ayuda específicamente a personas que viven con el VIH o SIDA, ¿usted estaría interesado/a? Sí No Se niega a contestar
18. ¿Tiene usted una discapacidad física que podría limitar el tipo de vivienda que puede acceder, o que sería difícil vivir independiente porque necesitaría ayuda? Sí No Se niega a contestar
19. ¿Cuándo está enfermo/a o no se siente bien, puede evitar la atención médica? Sí No Se niega a contestar
20. *Para encuestadas biológicamente femeninas solamente: ¿Está embarazada?* Sí No Se niega a contestar
21. ¿El uso de alcohol o drogas ha provocado alguna vez que lo/a expulsen de un apartamento o programa en el que se alojaba en el pasado? Sí No Se niega a contestar
22. ¿El consumo de alcohol o drogas hace que sea difícil para usted permanecer alojado/a o pagar por una vivienda? Sí No Se niega a contestar
23. ¿Ha tenido problemas para mantener su vivienda, o ha sido expulsado/a de un apartamento, un programa de refugios u otro lugar que se alojaba, a causa de:
- A) Un problema o preocupación por su salud mental? Sí No Se niega a contestar
- B) Una lesión cerebral grave o trauma en la cabeza? Sí No Se niega a contestar
- C) Discapacidad de aprendizaje o de desarrollo, o algo así? Sí No Se niega a contestar
24. ¿Tiene algún problema de salud mental o cerebral que pudiera dificultarle una vida independiente porque necesitaría ayuda? Sí No Se niega a contestar
25. ¿Hay alguna medicina que un médico le recomendó que tomara, y por cualquier razón, no la está tomando? Sí No Se niega a contestar
26. ¿Hay alguna medicina como un calmante para el dolor que no tome de la manera que el médico le recetó o la farmacia? Sí No Se niega a contestar
27. **SÍ O NO:** ¿Es su episodio actual de vivir en la calle a causa de una experiencia de abuso emocional, físico, psicológico, sexual o de otro tipo de abuso, o de cualquier otro trauma que ha experimentado? Yes No Se niega a contestar

Preguntas Adicionales

En un día regular, ¿en dónde se le puede localizar y a qué hora del día es más fácil localizarle?	lugar: tiempo: ___ : ___ AM/PM o Mañana/Mediodía/Tarde/Noche
¿Hay un número telefónico y/o dirección electrónica donde podamos localizarle o dejar un mensaje seguramente?	Número Telefónico: (____) _____ - _____ Dirección Electrónica: _____
Bueno, ahora me gustaría tomarle una foto para que sea más fácil de encontrarle y confirmar su identidad en el futuro. ¿Puedo hacerlo?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Se niega a contestar
Desde que salió de casa de sus padres o padres de crianza temporales, ¿cuantos años de su vida ha vivido en las calles o en refugios de emergencia?	Años: _____
¿Alguna vez ha servido en el ejército de los Estados Unidos?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Se niega a contestar

SISTEMA DE INFORMACIÓN DE MANEJO DE PERSONAS SIN HOGAR DEL CONDADO DE MARIN (HMIS)

Consentimiento del cliente para la recopilación y divulgación de información

¿QUÉ ES EL HMIS?

El HMIS es un sistema de datos que almacena información sobre personas sin hogar y servicios y programas de vivienda. El propósito del HMIS es que las agencias proveedoras para personas sin hogar registren información sobre los clientes a los que atienden. Esta información ayuda a las agencias proveedoras a planificar y proveer servicios a los clientes y a satisfacer los requisitos de las fuentes de fondos como el Departamento de Vivienda y Desarrollo Urbano de los Estados Unidos (HUD, por sus siglas en inglés). HMIS también permite a las agencias mejorar los servicios que apoyan a las personas sin hogar al permitir que el personal autorizado comparta información de clientes con el permiso del cliente. El Departamento de Servicios Humanos y de Salud del Condado de Marin maneja el HMIS para el Condado de Marin.

¿CUÁL ES EL PROPÓSITO DE ESTE FORMULARIO?

Con este formulario, usted puede dar permiso para que se recopile y comparta la información sobre usted con las diferentes agencias asociadas que proporcionan vivienda y servicios en el Condado de Marin. Una lista actual de agencias asociadas se encuentra en <http://marin.clarityhs.help>. En este momento, las agencias asociadas incluyen:

Adopt-A-Family de Marin	Ritter Center
Bucklew	Servicios de Recuperación y Salud Conductual del Condado de Marin (BHRS)
Center Point	Servicios Humanos y de Salud del Condado de Marin (HHS)
Community Action Marin	Side by Side Youth
Downtown Streets Team	Sociedad St. Vincent de Paul
Homeward Bound de Marin	Departamento de Asuntos de Veteranos de los Estados Unidos (VA)
Equipo de alcance a personas sin hogar (HOT)	
Autoridad de Viviendas de Marin (Marin Housing Authority)	

AL FIRMAR ESTE FORMULARIO, AUTORIZO al Condado Marin y a las agencias asociadas a compartir mi información ingresada en el HMIS. La información compartida del HMIS se utilizará para ayudar a proporcionar vivienda y servicios, lo que incluye coordinación de atención, asesoramiento, alimentación, asistencia de servicios públicos, y evaluar y mejorar la calidad de los programas de vivienda y servicios. Entiendo que las agencias asociadas pueden cambiar con el tiempo y que puedo encontrar una lista actual en <http://marin.clarityhs.help>.

AL FIRMAR ESTE FORMULARIO, ENTIENDO QUE:

- La información a ser recopilada y compartida incluye:

- Nombre, fecha de nacimiento, sexo, raza, etnia, número del seguro social, información de contacto, estado de veterano
- Información básica sobre las condiciones de discapacidad auto reportadas causadas por factores médicos, de salud mental, de uso de sustancias o de desarrollo, incluido el estado de VIH / SIDA auto reportado.
- Información de vivienda
- Información sobre empleo, ingresos, seguros y beneficios
- Servicios prestados por las agencias asociadas
- Mis respuestas a las preguntas de evaluación, incluido el cuestionario VI-SPDAT
- Mi fotografía u otro retrato (si es que se incluye)
- Puedo negarme a proporcionar algo de esta información. Si me niego, no perderé ningún beneficio o servicio.
- Puedo negarme a firmar este Consentimiento. Si me niego, no perderé ningún beneficio o servicio.
- El Condado Marin y las agencias asociadas mantendrán mi información de HMIS confidencial usando políticas estrictas de privacidad. Tengo el derecho de revisar las políticas de privacidad que rigen esta información.
- El Departamento de Servicios Humanos y de Salud del Condado de Marin y BitFocus usan contraseñas y tecnología de encriptación para asegurar que la información en el sistema sea segura, y cada usuario y agencia asociada de HMIS ha firmado un acuerdo para mantener la seguridad y confidencialidad de los datos de HMIS. Sin embargo, siempre hay un pequeño riesgo de violación de seguridad, y alguien podría obtener mi información y utilizarla de manera inapropiada. El Condado Marin y las agencias asociadas están obligados a alertarme si saben de una violación.
- Si tengo preguntas sobre mi información de HMIS, mis derechos con respecto a esa información de HMIS, o estoy preocupado/a de que mi información haya sido mal utilizada, puedo comunicarme con mi administrador de sistemas de HMIS en [contact info].
- Puedo recibir una copia de este Consentimiento y la Hoja de Información del Cliente.
- Este Consentimiento expirará 3 años después de mi última actividad registrada por el HMIS.
- Puedo revocar este Consentimiento en cualquier momento enviando una solicitud por escrito a [email] o comunicándome con la agencia asociada que está proporcionando esta Autorización de divulgación de información.
- Mi información de HMIS puede ser compartida para coordinar la referencia y colocación de vivienda y servicios.
- Las agencias asociadas pueden compartir mi información de HMIS con otras agencias si es necesario para la coordinación de atención, asesoramiento, alimentación, asistencia de servicios públicos y otros servicios.
- Mi información de HMIS puede incluirse en informes para auditores o fuentes de fondos que revisan el trabajo de las agencias asociadas, incluyendo HUD, el Departamento de Asuntos de Veteranos, el Departamento de Servicios Humanos y de Salud del Condado de Marin, y el Departamento de Vivienda y Desarrollo Comunitario de California. Entiendo que la lista de auditores y fuentes de fondos puede cambiar con el tiempo. Mi identidad no será compartida en estos informes.

- Mi información de HMIS puede ser utilizada para la investigación; sin embargo, mi identidad permanecerá privada.

___ Me han ofrecido y he rechazado una copia de este formulario

___ He recibido una copia de este formulario

FIRMA:

Fecha:

Nombre con letra de molde:

PARA USO EXCLUSIVO DE LA AGENCIA:

Client Opted Out/Refused Consent: _____ (Staff/Agency Initials)

Witness Staff & Agency

Date: