

# Nebraska HMIS Intake Form

## COMPLETE PARA CUALQUIERA DE 24 AÑOS Y MENOS

¿Cómo podemos contactarte?

Aficiones / Intereses especiales

Necesidades más fuertes actualmente

Servicios envolventes beneficiosos

¿Dónde te podemos encontrar? ¿Dónde pasas el tiempo?

### SITUACIÓN DE VIVIENDA ACTUAL

Sin Hogar	<input type="checkbox"/> Lugar no destinado a ser habitado
	<input type="checkbox"/> Refugio de emergencia, incluido hotel o motel pagado con un vale de refugio de emergencia o con fondos de RHY-Host Home Shelter
	<input type="checkbox"/> Refugio de casa de acogida financiado por RHY
Institucional	<input type="checkbox"/> Hogar de acogida o hogar de acogida grupal
	<input type="checkbox"/> Hospital u otro centro médico residencial no psiquiátrico
	<input type="checkbox"/> Cárcel, prisión o centro de detención de menores
	<input type="checkbox"/> Centro de atención a largo plazo o asilo de ancianos
	<input type="checkbox"/> Hospital psiquiátrico u otra instalación psiquiátrica
	<input type="checkbox"/> Centro de tratamiento de abuso de sustancias o centro de desintoxicación
Vivienda temporal y permanente	<input type="checkbox"/> Proyecto residencial o casa de transición sin criterio para personas sin hogar
	<input type="checkbox"/> Hotel o motel pagado sin cupón de refugio de emergencia
	<input type="checkbox"/> Vivienda de transición para personas sin hogar (incluidos los jóvenes sin hogar)
	<input type="checkbox"/> Casa de acogida (sin crisis)
	<input type="checkbox"/> Se quedó o vivió en la habitación, el apartamento o la casa de un amigo
	<input type="checkbox"/> Se quedó o vivió en la habitación, apartamento o casa de un miembro de la familia
	<input type="checkbox"/> Alquiler por cliente, con subsidio de vivienda GPD TIP
	<input type="checkbox"/> Alquiler por cliente, con subsidio de vivienda VASH
	<input type="checkbox"/> Vivienda permanente (que no sea RRH) para personas que han estado sin hogar
	<input type="checkbox"/> Alquiler por cliente, con RRH o subvención equivalente
	<input type="checkbox"/> Alquiler por cliente con Vale HVC (basado en proyecto o inquilino)
	<input type="checkbox"/> Alquiler por cliente en vivienda pública
	<input type="checkbox"/> Alquiler por cliente, sin subsidio de vivienda en curso
	<input type="checkbox"/> Alquiler por cliente con otro subsidio de vivienda en curso
<input type="checkbox"/> Propiedad del cliente con subsidio de vivienda en curso	
<input type="checkbox"/> Propiedad del cliente, sin subsidio de vivienda en curso	
Otro	<input type="checkbox"/> Otra especificar):
	<input type="checkbox"/> Worker unable to determine
	<input type="checkbox"/> Cliente no lo sabe
	<input type="checkbox"/> Cliente se rehusó
	<input type="checkbox"/> Datos Sin Recaudar

### Situación de vivienda verificada por:

<input type="checkbox"/> NE-500 Balance of State	<input type="checkbox"/> NE-501 Omaha/MACCH	<input type="checkbox"/> NE-502 Lincoln
¿El cliente tendrá que dejar su situación de vivienda actual en un plazo de 14 días?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
¿Se ha identificado una residencia posterior?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
¿Tiene el individuo o la familia recursos o redes de apoyo para obtener otra vivienda permanente?		
<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	
¿Ha tenido el cliente un arrendamiento o participación en la propiedad de una unidad de vivienda permanente en los últimos 60 días?		
<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	
¿El cliente se ha mudado 2 o más veces en los últimos 60 días?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No

# Nebraska HMIS Intake Form

Updated 7/30/2021

FUENTE DE REFERENCIA	
<input type="checkbox"/> Autorreferencial	<input type="checkbox"/> Cumplimiento de la ley / Policía
<input type="checkbox"/> Individual (padre, tutor, familiar, amigo, padre de crianza, otra persona)	<input type="checkbox"/> Manicomio
<input type="checkbox"/> Proyecto de divulgación	<input type="checkbox"/> Colegio
<input type="checkbox"/> Albergue temporal	<input type="checkbox"/> Otra organización
<input type="checkbox"/> Proyecto residencial	<input type="checkbox"/> Justicia juvenil
<input type="checkbox"/> Línea directa	<input type="checkbox"/> Bienestar infantil / CPSS

ORIENTACION SEXUAL	
<input type="checkbox"/> Heterosexual	<input type="checkbox"/> Otro:
<input type="checkbox"/> Gay	<input type="checkbox"/> Client doesn't know
<input type="checkbox"/> Lesbiana	<input type="checkbox"/> Client refused
<input type="checkbox"/> Bisexual	<input type="checkbox"/> Cuestionando / Inseguro

ESTADO ESCOLAR	
<input type="checkbox"/> Asistir a la escuela con regularidad	<input type="checkbox"/> Suspendido
<input type="checkbox"/> Asistir a la escuela de manera irregular	<input type="checkbox"/> Expulsado
<input type="checkbox"/> Graduado de secundaria	<input type="checkbox"/> Client doesn't know
<input type="checkbox"/> Obtuvo el GEDD	<input type="checkbox"/> Client refused
<input type="checkbox"/> Abandonó	<input type="checkbox"/> Data not collected

<b>¿EMPLEADO?</b>	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	
<b>En caso afirmativo, ¿qué tipo de empleo?</b>	<input type="checkbox"/> Tiempo Completo	<input type="checkbox"/> Tiempo Parcial	<input type="checkbox"/> Estacional / esporádico (incluido el trabajo de día)
<b>SI NO, ¿por qué no empleado?</b>	<input type="checkbox"/> Buscando trabajo	<input type="checkbox"/> Incapaz de trabajar	<input type="checkbox"/> No está buscando trabajo

ESTADO GENERAL DE SALUD				
<input type="checkbox"/> Excelente	<input type="checkbox"/> Muy bien	<input type="checkbox"/> Bien	<input type="checkbox"/> Justo	<input type="checkbox"/> Malo
ESTADO DE SALUD DENTAL				
<input type="checkbox"/> Excelente	<input type="checkbox"/> Muy bien	<input type="checkbox"/> Bien	<input type="checkbox"/> Justo	<input type="checkbox"/> Malo
ESTADO DE SALUD MENTAL				
<input type="checkbox"/> Excelente	<input type="checkbox"/> Muy bien	<input type="checkbox"/> Bien	<input type="checkbox"/> Justo	<input type="checkbox"/> Malo

<b>¿EMBARAZADA?</b>	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No					
<b>SI ES ASÍ, ¿fecha de nacimiento proyectada?</b>		/	/				

<b>ANTERIORMENTE ESTUVO EN UNA AGENCIA DE CUIDADO DE BIENESTAR INFANTIL / HOGAR DE CRIANZA TEMPORAL</b>	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No			
<b>SI SÍ, número de años</b>	<input type="checkbox"/> Menos de 1 año, ___ months	<input type="checkbox"/> 1 a 2 años	<input type="checkbox"/> 3 a 5 o más años		
<b>¿Tiempo hace que salió del cuidado de crianza?</b>	<input type="checkbox"/> 90 días	<input type="checkbox"/> 6 meses	<input type="checkbox"/> 9 meses	<input type="checkbox"/> 12 meses	<input type="checkbox"/> Más de 12 meses
<b>¿ANTERIORMENTE ESTUVO EN UN SISTEMA DE JUSTICIA DE LA SALA DE MENORES?</b>	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No			
<b>SI SÍ, ¿cuántos años?</b>	<input type="checkbox"/> Menos de 1 año ___ months	<input type="checkbox"/> 1 a 2 años	<input type="checkbox"/> 3 a 5 o más años		
<b>¿Cuánto tiempo hace que salió?</b>	<input type="checkbox"/> 90 días	<input type="checkbox"/> 6 meses	<input type="checkbox"/> 9 meses	<input type="checkbox"/> 12 meses	<input type="checkbox"/> Más de 12 meses

CUESTIONES CRÍTICAS FAMILIARES		
<b>Desempleo - Miembro de la familia</b>	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
<b>Problemas de salud mental: miembro de la familia</b>	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
<b>Discapacidad física: miembro de la familia</b>	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
<b>Abuso de alcohol o sustancias: miembro de la familia</b>	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
<b>Ingresos insuficientes para apoyar a los menores - Mien</b>	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
<b>Padre o Madre encarcelado/a del o la menor</b>	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No