

FORMULARIO DE ADMISIÓN DE NEBRASKA

ID HMIS CLIENTE Para Usuarios de HMIS Solamente

VETERANO DE LA ARMADA DE ESTADOS UNIDOS	
<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No

NUMERO DE SEGURIDAD SOCIAL

¿Tiene dificultad con alguna de los siguientes:			
Abuso de sustancias	<input type="checkbox"/> Alcohol <input type="checkbox"/> Drogas	HIV/AIDS	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Discapacidad del desarrollo	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		
Discapacidad física	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Prolongada o indefinida?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Condición de salud crónica	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Prolongada o indefinida?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Salud mental	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Prolongada o indefinida?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No

NOMBRE - (Primer, Segundo, Apellido, Sufijo)	
Primer Nombre	
Segundo Nombre	
Apellido (s)	
Sufijo (Jr, III)	
Alias	

Fecha de Nacimiento (Ejemplo. 10/23/1978)

ESTADO DE LA VIVIENDA	
<input type="checkbox"/> Categoría 1 - Personas sin hogar	<input type="checkbox"/> Categoría 2: riesgo inminente de perder la vivienda
<input type="checkbox"/> Categoría 3 - Personas sin hogar bajo otros estatutos federales	<input type="checkbox"/> Categoría 4 - Huyendo de la violencia
<input type="checkbox"/> En riesgo de quedarse sin hogar	<input type="checkbox"/> Alojamiento estable

GENERO	
<input type="checkbox"/> Femenino	<input type="checkbox"/> Masculino
<input type="checkbox"/> FemeninoTrans	<input type="checkbox"/> Masculino Trans
<input type="checkbox"/> No sé	<input type="checkbox"/> Otro: _____

RAZA (seleccione hasta 2)	
<input type="checkbox"/> Indio americano o nativo de Alaska	<input type="checkbox"/> Asiático
<input type="checkbox"/> Negro o Africano Americano	<input type="checkbox"/> Nativo hawaiano u otro isleño del Pacífico
<input type="checkbox"/> Blanco	<input type="checkbox"/> Otro: _____

ETNICIDAD	
<input type="checkbox"/> No-Hispano/No-Latin(a)(o)(x)	<input type="checkbox"/> Hispano / Latin(a)(o)(x)

RELACIÓN CON EL JEFE DE HOGAR	
<input type="checkbox"/> Yo mismo (cabeza de familia)	<input type="checkbox"/> Cónyuge o pareja del jefe de familia
<input type="checkbox"/> Hijo del jefe de familia	<input type="checkbox"/> Otro pariente del jefe de familia
<input type="checkbox"/> Otro: _____	

INFORMACIÓN DE CONTACTO	
Dirección:	
Ciudad:	
Estado:	Código postal: _____
Condado de residencia actual:	
Condado de residencia legal:	
Núm. De teléfono:	
Correo electrónico	

¿Esta solicitud está relacionada con COVID-19?	
<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No

FORMULARIO DE ADMISIÓN DE NEBRASKA

Situación de vida anterior		
Sin Hogar		
<input type="checkbox"/> Lugar no destinado a ser habitado (p. Ej., Un vehículo)	<input type="checkbox"/> Refugio de emergencia, incluido el hotel / motel	<input type="checkbox"/> Refugio seguro
Institucional		
<input type="checkbox"/> Hogar de acogida o hogar de acogida grupal	<input type="checkbox"/> Hospital u otra instalación médica residencial	<input type="checkbox"/> Cárcel, prisión o centro de detención de menores
<input type="checkbox"/> Centro de atención a largo plazo	<input type="checkbox"/> Hospital psiquiátrico u otra instalación	<input type="checkbox"/> Centro de tratamiento de abuso de sustancias
Vivienda		
<input type="checkbox"/> Proyecto residencial o casa de transición	<input type="checkbox"/> Hotel o motel pagado sin cupón	<input type="checkbox"/> Vivienda de transición para personas sin hogar
<input type="checkbox"/> Casa de acogida	<input type="checkbox"/> Apartamento o la casa de un amigo	<input type="checkbox"/> Apartamento o la casa de la familia
<input type="checkbox"/> Rental, Subvención GPD TIP	<input type="checkbox"/> Rental, Subvención VASH	<input type="checkbox"/> Vivienda permanente
<input type="checkbox"/> Rental, Subvención RRH	<input type="checkbox"/> Subvención HVC	<input type="checkbox"/> Vivienda pública
<input type="checkbox"/> Rental, sin subvención	<input type="checkbox"/> Rental, con otro subsidio	<input type="checkbox"/> Propiedad del cliente con subsidio
<input type="checkbox"/> Propiedad del cliente sin subsidio		
DURACIÓN DE LA ESTADÍA EN SITUACIÓN DE VIDA ANTERIOR		
<input type="checkbox"/> 1 noche o menos	<input type="checkbox"/> 2 a 6 noches	
<input type="checkbox"/> 1 semana o más, pero menos de 1 mes	<input type="checkbox"/> 1 mes o más, pero menos de 90 días	
<input type="checkbox"/> 90 días o más, pero menos de 1 año	<input type="checkbox"/> 1 año o mas	
La noche antes de entrar en esa situación de vivienda de ¿se quedó el cliente en la calle o en un refugio de emergencia?		
<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	

Answer the following if homeless, or been homeless:

Fecha de inicio de la vivienda	
¿CUÁNTAS VECES ha estado el cliente sin hogar en las calles o en un refugio de emergencia en los últimos 3 años?	
<input type="checkbox"/> Una vez	<input type="checkbox"/> Dos veces
<input type="checkbox"/> Tres veces	<input type="checkbox"/> Cuatro o más veces
¿CUÁNTOS MESES, en total, ha estado el cliente sin hogar en la calle o en un refugio de emergencia? en los últimos 3 años?	
<input type="checkbox"/> 1 mes o menos	<input type="checkbox"/> Entre 2 y 12 meses (# de meses: _____)
<input type="checkbox"/> Más de 12 meses	

SEGURO MÉDICO - ¿Estás ubierto actualmente por un seguro médico?	
<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
Tipo de seguro médico	
<input type="checkbox"/> Seguro de enfermedad	<input type="checkbox"/> Seguro médico del estado
<input type="checkbox"/> Programa estatal de seguro médico para niños	<input type="checkbox"/> Servicios médicos de la Administración de Veteranos (VA)
<input type="checkbox"/> Por el empleador	<input type="checkbox"/> COBRA
<input type="checkbox"/> Seguro médico de pago privado	<input type="checkbox"/> Seguro médico estatal para adultos
<input type="checkbox"/> Programa de servicios de salud para indígenas	<input type="checkbox"/> Otro: _____

CUIDADO DE CRIANZA - ¿De niño, estuvo alguna vez en cuidado de crianza o lo está ahora?	
<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No

VIOLENCIA DOMÉSTICA - ¿El cliente es víctima / sobreviviente de violencia doméstica?	
<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
En caso afirmativo, ¿cuándo ocurrió la experiencia?	
<input type="checkbox"/> En los últimos tres meses	<input type="checkbox"/> Hace de tres a seis meses
<input type="checkbox"/> De seis a doce meses atrás	<input type="checkbox"/> Hace más de un año
¿Estás huyendo actualmente?	
<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No

EDUCACIÓN - Nivel de educación más alto alcanzado	
<input type="checkbox"/> Sin escolaridad completada	<input type="checkbox"/> Guardería hasta 4to grado
<input type="checkbox"/> 5to grado o 6to grado	<input type="checkbox"/> 7mo grado o 8vo grado
<input type="checkbox"/> Noveno grado	<input type="checkbox"/> Grado 10
<input type="checkbox"/> Grado 11	<input type="checkbox"/> Grado 12, sin diploma
<input type="checkbox"/> Diploma de escuela	<input type="checkbox"/> GED
<input type="checkbox"/> Escuela postsecundaria	

ORIENTACION SEXUAL	
<input type="checkbox"/> Heterosexual	<input type="checkbox"/> Gay
<input type="checkbox"/> Lesbiana	<input type="checkbox"/> Bisexual
<input type="checkbox"/> Cuestionando / Inseguro	<input type="checkbox"/> Otro: _____

ID HMIS CLIENTE



FORMULARIO DE ADMISIÓN DE NEBRASKA

INGRESOS Y FUENTES - ¿Tienes actualmente algún ingreso de alguna fuente?			
<input type="checkbox"/> Si		<input type="checkbox"/> No	
Fuente de Ingreso	Si	No	En caso afirmativo, importe mensual de la fuente (redondear al dólar más cercano)
Ingresos devengados (del trabajo)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$
Seguro de desempleo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$
SSI	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$
SSDI	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$
Compensación por discapacidad relacionada con el servicio de VA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$
Pensión por discapacidad no relacionada con el servicio de VA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$
Seguro de discapacidad privado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$
Compensación al trabajador	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$
TANF	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$
Asistencia general	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$
Ingresos de jubilación del Seguro Social	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$
Ingresos de pensión o jubilación de un trabajo anterior	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$
Pensión Alimenticia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$
Otra (especificar):	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$
Ingresos mensuales totales de todas las fuentes			\$

BENEFICIOS NO EN EFECTIVO - ¿Tienes algún beneficio no monetario de alguna fuente?		
<input type="checkbox"/> Si		<input type="checkbox"/> No
Fuente de beneficio no monetario	Si	No
LIHEAP	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Programa de asistencia nutricional suplementaria (SNAP)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Programa especial de nutrición suplementaria para mujeres, bebés y niños (WIC)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Servicios de cuidado infantil de TANF	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Servicios de transporte TANF	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Otros servicios financiados por TANF	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Otra (especificar):	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Sistema de Gestión de Información de Nebraska

Divulgación de Información del Cliente

El Sistema de Gestión de Información de Nebraska (NMIS) administra una base de datos de información de servicios para personas sin hogar para mejorar la coordinación de los servicios que apoyan a las personas sin hogar o en riesgo de quedarse sin hogar y para comprender mejor la falta de vivienda, mejorar la prestación de servicios y evaluar la eficacia de los servicios prestados. La participación en la recopilación de datos es un componente crítico de la capacidad de nuestra comunidad para brindar los servicios y la vivienda más efectivos posibles. La información que se recopila se protege limitando el acceso a la base de datos y limitando la información que se puede compartir.

La información que se recopilará y compartirá puede incluir:

- nombre, fecha de nacimiento, género, raza, etnicidad, número de seguro social, información de contacto, ubicación, residencia anterior
- condición de discapacidad, estado de veterano, violencia doméstica, foto (si corresponde)
- composición familiar, ingresos, beneficios no monetarios, historial de estar sin hogar, información de vivienda, seguro médico
- entrada y salida del programa, evaluaciones, servicios prestados

Como parte de la evaluación de Community Response y Connected Youth Initiative, sus datos se compartirán con Nebraska Children y sus evaluadores del Munroe-Meyer Institute. Su nombre no se incluirá en ninguna de la información que se proporcione al equipo de evaluación. Todos los datos se resumen como un grupo. Puede optar por no participar en la evaluación. Si tiene preguntas, llame a la Dra. Amanda Prokasky al 402-552-6865.

El equipo de Respuesta Comunitaria del Condado de Buffalo (BCCRT) es un enfoque colaborativo para conectar a los hogares que necesitan asistencia con las necesidades básicas y / o experimentan factores estresantes en la vivienda (por ejemplo, no pueden cumplir con las obligaciones de alquiler o servicios públicos, enfrentan el desalojo, huyen de la violencia doméstica u otras situaciones inestables de vivienda) con apoyo y asistencia financiera. Al firmar este formulario, autorizo lo siguiente:

- consentimiento para compartir información con agencias y socios del BCCRT que están revisando mi solicitud y proporcionando asistencia financiera y otros servicios.
- consentimiento para las agencias que componen el BCCRT para discutir la información con el propósito de evaluar mis / nuestras necesidades de vivienda, asistencia con

Acepto que se comparta mi información para la evaluación. _____ Sí _____ NO

Al firmar este formulario, autorizo lo siguiente:

La información recopilada por esta agencia se incluirá en Clarity Human Services y solo las agencias asociadas, que hayan celebrado un Acuerdo de participación de la agencia HMIS, pueden usarla para:

- Mi información se compartirá con el fin de evaluar mis necesidades de vivienda, asistencia con los servicios públicos, alimentos, consejería y/u otros servicios.
- Toda persona y toda agencia que esté autorizada para leer o ingresar información al sistema ha firmado un acuerdo para mantener la seguridad y confidencialidad de la información. Tengo derecho a ver las políticas de confidencialidad del cliente utilizadas por las Agencias Participantes de NMIS y a ver una lista de las Agencias Participantes antes de firmar este formulario.
- El acceso y el intercambio de datos de NMIS cumplen con las regulaciones federales, estatales y locales que protegen la confidencialidad de los registros de los clientes. Mi información no puede ser divulgada sin mi consentimiento por escrito a menos que se disponga lo contrario en los reglamentos.
- Los auditores o patrocinadores que tienen derechos legales para revisar el trabajo de esta agencia, incluido el Departamento de Vivienda y Desarrollo Urbano de los EE. UU. y el Programa de Asistencia para Personas sin Hogar del Departamento de Salud y Servicios Humanos de Nebraska, pueden ver mi expediente completo si los servicios recibidos son financiados por su organización.
- Firmar esta Liberación de Información no garantiza que recibiré asistencia.
- La negación a autorizar el intercambio de mi información no me descalifica de recibir asistencia
- Este comunicado es válido por un año a partir de la fecha de mi firma a continuación, a menos que se indique lo contrario*.
- Puedo retirar mi consentimiento en cualquier momento. Esta autorización permanecerá vigente hasta que yo la revoque por escrito. Si revoco mi autorización, toda la información sobre mí que ya está en la base de datos permanecerá.

ID HMIS CLIENTE

DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN DEL CLIENTE

___ Sí, estoy de acuerdo en compartir mi información de NMIS Fecha de vencimiento (si es diferente a 1 año) _____
O

___ No, no estoy de acuerdo en compartir mi información de NMIS. Solo nuestra agencia verá su información de participación en el programa.

Nombre del Cliente en letra de molde Firma del Cliente Fecha

Firma del Guardian o Representante Autorizado (cuando se requiera) Parentesco Fecha

Nombre del Personal de la Agencia en letra de molde Fecha

Esta divulgación de información también se aplica a los siguientes hijos dependientes en el hogar que tienen 18 años de edad o menos:

<u>Primer Nombre</u>	<u>Apellido(s)</u>	<u>Fecha de Nacimiento</u>	<u>Primer Nombre</u>	<u>Apellido(s)</u>	<u>Fecha de Nacimiento</u>
_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____