



Estimado posible participante:

Encontrará adjunta una solicitud para el programa Continuo de Atención (CoC, en inglés) financiado por el Departamento de Viviendas y Desarrollo Urbano (HUD, en inglés) que deberán completar usted y la agencia que lo está derivando a nuestro programa.

Además de completar esta solicitud, deberá presentar:

- Documentación de una discapacidad mental grave (**el formulario de verificación de discapacidad lo debe completar un profesional que, de acuerdo con el alcance de su matrícula, sea capaz de diagnosticar**)
- Autorización para obtener y divulgar información (debe estar firmada por la parte que deriva y el solicitante)
- Una carta de la parte que realizó la derivación que confirme la condición de persona sin vivienda según la definición del HUD
- Matriz de autosuficiencia de los programas de viviendas financiados por el CoC de la Alianza de Personas sin Vivienda de la Costa Inferior (HALS, en inglés)

Definición de persona sin vivienda del HUD: Un individuo se considera persona sin vivienda solo cuando su condición de residencia es una de las descritas a continuación:

- Tiene una residencia nocturna principal que es un lugar público o privado no destinado a la habitación humana (por ejemplo: vehículo, parque, edificio abandonado, estación de autobús o tren, aeropuerto, terreno de acampada); o,
- Vive en un centro de acogida público o privado destinado a brindar alojamiento temporal (incluidos los centros de acogida colectivos, las viviendas de transición para personas sin vivienda, y los hoteles y moteles que pagan organizaciones benéficas o programas gubernamentales federales, estatales y locales); o
- Sale de una institución en la que ha residido durante 90 días o menos y que residía en un centro de acogida de emergencia o en un lugar no destinado a la habitación humana justo antes de entrar a dicha institución.

Cualquier individuo o familia que:

- esté huyendo o intente huir de la violencia doméstica;
- no tenga otra residencia; y
- carezca de recursos o redes de apoyo para obtener otra vivienda permanente.

Si sigue interesado en este programa, es importante que dispongamos de toda la información mencionada lo antes posible.

Estamos considerando a varias personas para una vacante. Por lo tanto, es importante que aborde cada paso del proceso de forma exhaustiva y eficaz.

Envíe la solicitud completa por correo electrónico a Sharon Creasy a sharonr.creasy@maryland.gov.

Además, no dude en llamar al 443-523-1815 si tiene alguna pregunta sobre este proceso. Atentamente,

Shannon Frey

Líder del programa Continuo de Atención (CoC)



**FORMULARIO DE ADMISIÓN Y EVALUACIÓN DEL PROGRAMA DE VIVIENDAS
FINANCIADO POR EL COC DE LA HALS**

Fecha de solicitud: _____

Datos demográficos del cliente: Las preguntas en negrita son obligatorias:

Primer nombre: _____ Iniciales del segundo nombre: _____ Apellido: _____ Sufijo: _____

Calidad del dato del nombre (todos los clientes) Informó el nombre completo. Informó el nombre parcial, apodo o nombre en clave.
 El/La cliente/a no sabe. El/La cliente/a se negó a responder.

Nro. del Seguro Social: -_____-_____-_____- Fecha de nacimiento: ____/____/____

- Informó el nro. del Seguro Social completo. Informó la fecha de nacimiento completa.
 Informó el nro. del Seguro Social aproximado o parcial. Informó la fecha de nacimiento aproximada o parcial.
 El/La cliente/a no sabe. El/La cliente/a no sabe.
 El/La cliente/a se negó a responder. El/La cliente/a se negó a responder.

Condición de veterano/a (todos/as los/as adultos/as) No Sí El/La cliente/a no sabe. El/La cliente/a se negó a responder.

¿Se trata de un/a joven sin vivienda no acompañado/a? (Menores de 25 años) No Sí El/La cliente/a no sabe. El/La cliente/a se negó a responder.

Raza principal y secundaria: (utilice "P" o "S")

- Indio/a americano/a / Nativo/a de Alaska
 Asiático/a
 Negro/a / afroamericano/a
 Nativo/a de Hawái u otras islas del Pacífico
 Blanco/a
 El/La cliente/a no sabe. El/La cliente/a se negó a responder.

Origen étnico (marque una opción):

- Hispano/a / Latino/a
 No hispano/a / No latino/a
 El/La cliente/a no sabe.
 El/La cliente/a se negó a responder.

Género (marque una opción):

- Masculino
 Femenino
 Transgénero, de hombre a mujer
 Transgénero, de mujer a hombre
 Otro _____ El/La cliente/a no sabe. El/La cliente/a se negó a responder.

¿El/La cliente/a tiene una enfermedad de discapacidad? (Marque una): Sí No

Residencia previa a la entrada en el proyecto (Jefe/a de familia y adultos/as) (Marque una opción):

- Centro de acogida de emergencia y motel pagados por otros Alquilado por el/la cliente/a con el subsidio de Asistencia para la Vivienda de Asuntos de los Veteranos (VASH, en inglés)
 Hogar de acogida u hogar grupal Alquilado por el/la cliente/a con el subsidio de Transición en Marcha (TIP, en inglés) del Programa de Subvenciones y Viáticos (GPD, en inglés)
 Hospital (no psiquiátrico) Alquilado por el/la cliente/a con otro subsidio para la vivienda vigente
 Hotel/Motel (sin cupón de centro de acogida de emergencia) Centro residencial/de rehabilitación que no presenta el requisito de ser para personas sin hogar
 Cárcel, prisión o centro de detención de menores Refugio seguro
 Centro de cuidados a largo plazo/Hogar de ancianos Alojado o viviendo en la habitación, el departamento o la casa de la familia
 Propiedad del/de la cliente/a, sin subsidio continuo un/a amigo/a Alojado o viviendo en la habitación, el departamento o la casa de
 Propiedad del/de la cliente/a, con subsidio continuo Centro de tratamiento por abuso de sustancias o centro de desintoxicación
 Vivienda permanente (proyecto CoC) Vivienda de transición para personas sin hogar (inclusive menores no acompañados/as)
 Lugar no habitable Otro (Especifique.) _____
 Hospital psiquiátrico u otro centro psiquiátrico El/La cliente/a no sabe.
 Alquilado por el/la cliente/a, sin subsidio continuo El/La cliente/a se negó a responder.

Duración de la estancia en el lugar previo (jefe/a de familia y adultos/as):

- Un día o menos
- De dos días a una semana
- Más de una semana, pero menos de 1 mes
- De uno a tres meses, pero menos de 1 año
- Un año o más
- El/La cliente/a no sabe.
- El/La cliente/a se negó a responder.

Relación con el/la jefe/a de familia (todos/as los/as clientes/as)

- Él/Ella mismo/a (jefe/a de familia)
- Hijo/a del/de la jefe/a de familia
- Cónyuge o pareja del/de la jefe/a de familia
- Otro/a familiar del/de la jefe/a de familia (otra relación con el/la jefe/a de familia)
- Otro - miembro no familiar

Ubicación del/de la cliente/a (jefe/a de familia) Código de CoC asignado por el HUD - seleccione MD-513

PREGUNTAS NUEVAS A CONTINUACIÓN QUE SUSTITUYEN A LAS ANTERIORES SOBRE LA CONDICIÓN CRÓNICA DE PERSONA SIN HOGAR

Tiempo en la calle, en un centro de acogida de emergencia (ES, en inglés) o en un refugio seguro

(SH, en inglés) (jefe/a de familia y adultos/as) Cliente/a que ingresa de la calle, de un ES o de un SH:

- No
- Sí
- El/La cliente/a no sabe.
- El/La cliente/a se negó a responder.

En caso afirmativo, para el/la cliente/a que ingresa de la calle, de un ES o de un SH, fecha de inicio aproximada: _____

Más allá del lugar donde estuvo la noche anterior: cantidad de veces que el/la cliente/a ha estado en la calle, en un ES o en un SH en los últimos 3 años, inclusive el día de hoy: 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11

12 Más de 12 El/La cliente/a no sabe. El/La cliente/a se negó a responder.

Cantidad total de meses que estuvo sin vivienda en la calle, en un ES o en un SH en los últimos 3 años: _____

Estado documentado: No Sí

Ingresos mensuales totales _____

Ingresos y fuentes (jefe/a de familia y adultos/as): No Sí El/La cliente/a no sabe. El/La cliente/a se negó a responder.

Ingresos: Indique la fuente de ingresos (Marque todas las opciones que correspondan) y mencione los montos de cada una:

- Pensión alimenticia/Manutención conyugal _____ Seguro por Incapacidad del Seguro Social (SSDI, en inglés)
- Manutención infantil _____
- Ingresos del trabajo _____ Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI, en inglés) _____
- Asistencia General (GA, en inglés) _____ TANF/TCA/TDAP _____
- Seguro por desempleo
- Otra, especifique fuente y monto. _____
- Pension/Jubilación de un empleo anterior _____ Pensión por Discapacidad no Relacionada con el Servicio de Asuntos de los Veteranos _____
- Seguro por discapacidad privado _____ Pensión por Discapacidad Relacionada con el Servicio de Asuntos de los Veteranos _____
- Ingresos de jubilación del Seguro Social _____ Compensación por accidente laboral _____

Beneficios no monetarios (jefe/a de familia y adultos/as): No Sí El/La cliente/a no sabe. El/La cliente/a se negó a responder.

Beneficios no monetarios (Marque Sí en el Sistema de Información de Gestión de Personas sin Vivienda [HMIS, en inglés] a todas las que corresponda. Responda No para los beneficios que se hayan finalizado, aunque se hayan recibido en el pasado.) **Importe de beneficios no monetarios \$** _____

- Programa SNAP - Cupones de alimentos
- Programa de Asistencia Nutricional Especial para Mujeres, Bebés y Niños (WIC, en inglés)
- Servicios de cuidado infantil del programa TANF
- Servicios de transporte del programa TANF
- Otros servicios financiados por el programa TANF
- Asistencia para el alquiler o la vivienda pública de la Sección 8
- Asistencia temporal para el alquiler, especificar _____
- Otra fuente: _____

Seguro de enfermedad (todos/as los/as clientes/as): Cubierto/a por el seguro de enfermedad: No Sí El/La cliente/a no sabe. El/La cliente/a se negó a responder. **Beneficios del seguro médico:** (Marque Sí en el HMIS a todas las que corresponda. Responda No para los beneficios que se hayan finalizado, aunque se hayan recibido en el pasado.)

- Medicaid
- Medicare
- Programas de seguro médico del estado para niños/as
- Servicios médicos de Asuntos de los Veteranos
- Seguro médico provisto por el/la empleador/a
- Seguro médico obtenido mediante la ley COBRA
- Seguro médico de pago privado
- Seguro médico del estado para adultos/as

Tipo de discapacidad (Marque todo lo que corresponda.):

Alcoholismo No Sí El/La cliente/a no sabe. El/La cliente/a se negó a responder.

En caso afirmativo, se espera que sea de duración larga, continuada e indefinida y que afecte considerablemente la capacidad de vivir de forma independiente.

No Sí El/La cliente/a no sabe. El/La cliente/a se negó a responder.

En caso afirmativo - Documentación de la discapacidad y la gravedad en el expediente No Sí

Tanto alcoholismo como consumo de drogas No Sí El/La cliente/a no sabe. El/La cliente/a se negó a responder.

En caso afirmativo, se espera que sea de duración larga, continuada e indefinida y que afecte considerablemente la capacidad de vivir de forma independiente.

No Sí El/La cliente/a no sabe. El/La cliente/a se negó a responder.

En caso afirmativo - Documentación de la discapacidad y la gravedad en el expediente No Sí

Enfermedad crónica No Sí El/La cliente/a no sabe. El/La cliente/a se negó a responder.

En caso afirmativo, se espera que sea de duración larga, continuada e indefinida y que afecte considerablemente la capacidad de vivir de forma independiente.

No Sí El/La cliente/a no sabe. El/La cliente/a se negó a responder.

En caso afirmativo - En la actualidad recibe servicios/tratamiento para esta enfermedad: No Sí El/La cliente/a no sabe.

El/La cliente/a se negó a responder.

Del desarrollo No Sí El/La cliente/a no sabe. El/La cliente/a se negó a responder.

En caso afirmativo, se espera que sea de duración larga, continuada e indefinida y que afecte considerablemente la capacidad de vivir de forma independiente.

No Sí El/La cliente/a no sabe. El/La cliente/a se negó a responder.

En caso afirmativo - Documentación de la discapacidad y la gravedad en el expediente No Sí

En caso afirmativo - En la actualidad recibe servicios/tratamiento para esta enfermedad:

No Sí El/La cliente/a no sabe. El/La cliente/a se negó a responder.

Consumo de drogas No Sí El/La cliente/a no sabe. El/La cliente/a se negó a responder.

En caso afirmativo, se espera que sea de duración larga, continuada e indefinida y que afecte considerablemente la capacidad de vivir de forma independiente.

No Sí El/La cliente/a no sabe. El/La cliente/a se negó a responder.

En caso afirmativo - Documentación de la discapacidad y la gravedad en el expediente No Sí

En caso afirmativo - En la actualidad recibe servicios/tratamiento para esta enfermedad: No Sí El/La cliente/a no

sabe. El/La cliente/a se negó a responder.

VIH/SIDA No Sí El/La cliente/a no sabe. El/La cliente/a se negó a responder.

En caso afirmativo, se espera que sea de duración larga, continuada e indefinida y que afecte considerablemente la capacidad de vivir de forma independiente.

No Sí El/La cliente/a no sabe. El/La cliente/a se negó a responder.

En caso afirmativo - Documentación de la discapacidad y la gravedad en el expediente No Sí

En caso afirmativo - En la actualidad recibe servicios/tratamiento para esta enfermedad:

No Sí El/La cliente/a no sabe. El/La cliente/a se negó a responder.

Problema de salud mental No Sí El/La cliente/a no sabe. El/La cliente/a se negó a responder.

En caso afirmativo, se espera que sea de duración larga, continuada e indefinida y que afecte considerablemente la capacidad de vivir de forma independiente.

No Sí El/La cliente/a no sabe. El/La cliente/a se negó a responder.

En caso afirmativo - Documentación de la discapacidad y la gravedad en el expediente No Sí

En caso afirmativo - En la actualidad recibe servicios/tratamiento para esta enfermedad:

No Sí El/La cliente/a no sabe. El/La cliente/a se negó a responder.

Física No Sí El/La cliente/a no sabe. El/La cliente/a se negó a responder.

En caso afirmativo, se espera que sea de duración larga, continuada e indefinida y que afecte considerablemente la capacidad de vivir de forma independiente.

No Sí El/La cliente/a no sabe. El/La cliente/a se negó a responder.

En caso afirmativo - Documentación de la discapacidad y la gravedad en el expediente No Sí

En caso afirmativo - En la actualidad recibe servicios/tratamiento para esta enfermedad:

No Sí El/La cliente/a no sabe. El/La cliente/a se negó a responder.

¿El/La cliente/a es víctima o sobreviviente de violencia doméstica? (jefe/a de familia y adultos/as)

No Sí El/La cliente/a no sabe. El/La cliente/a se negó a responder.

En caso afirmativo, ¿cuándo ocurrió esta situación?

En los últimos 3 meses Hace un año o más

Hace 3-6 meses El/La cliente/a no sabe.

Hace 6-12 meses El/La cliente/a se negó a responder.

En caso afirmativo para víctima/sobreviviente de violencia doméstica, ¿está huyendo?

No Sí El/La cliente/a no sabe. El/La cliente/a se negó a responder. Datos no recopilados

Información sobre la vivienda (hijos/as y cónyuge/seres queridos)

1. Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____ Nro. del Seguro Social: _____
Género: _____ Raza: _____ Relación con el/la solicitante: _____
2. Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____ Nro. del Seguro Social: _____
Género: _____ Raza: _____ Relación con el/la solicitante: _____
3. Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____ Nro. del Seguro Social: _____
Género: _____ Raza: _____ Relación con el/la solicitante: _____
4. Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____ Nro. del Seguro Social: _____
Género: _____ Raza: _____ Relación con el/la solicitante: _____

Para cualquier adulto/as que viva en la vivienda, complete lo siguiente:

Ingresos y fuentes (jefe/a de familia y adultos/as): No Sí El/La cliente/a no sabe. El/La cliente/a se negó a responder.

Ingresos: Indique la fuente de ingresos (Marque todas las opciones que correspondan) y mencione los montos de cada una:

- Pensión alimenticia/Manutención conyugal _____ Seguro por Incapacidad del Seguro Social (SSDI, en inglés) _____
 Manutención infantil _____ Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI, en inglés) _____
 Ingresos del trabajo _____ TANF/TCA/TDAP _____
 Asistencia General (GA, en inglés) _____ Seguro por desempleo _____
 Otra, especifique fuente y monto. _____
 Pensión/Jubilación de un empleo anterior _____ Pensión por Discapacidad no Relacionada con el Servicio de Asuntos de los Veteranos _____
 Seguro por discapacidad privado _____ Pensión por Discapacidad Relacionada con el Servicio de Asuntos de los Veteranos _____
 Ingresos de jubilación del Seguro Social _____ Compensación por accidente laboral _____

Beneficios no monetarios (jefe/a de familia y adultos/as): No Sí El/La cliente/a no sabe. El/La cliente/a se negó a responder.

Beneficios no monetarios (Marque Sí en HMIS a todas las que correspondan. Responda No para los beneficios que se hayan finalizado, aunque se hayan recibido en el pasado.) Importe de beneficios no monetarios \$ _____

- Programa SNAP - Cupones de alimentos Otros servicios financiados por el programa TANF
 Programa de Asistencia Nutricional Especial para Mujeres, Bebés y Niños (WIC, en inglés) Asistencia para el alquiler o la vivienda pública de la Sección 8
 Servicios de cuidado infantil del programa TANF Asistencia temporal para el alquiler, especificar _____
 Servicios de transporte del programa TANF Otra fuente: _____

Seguro médico (todos/as los/as clientes/as) - Cubierto/a por un seguro médico: No Sí El/La cliente/a no sabe. El/La cliente/a se negó a responder.

Beneficios del seguro médico: (Marque Sí en el HMIS a todas las que corresponda. Responda No para los beneficios que se hayan finalizado, aunque se hayan recibido en el pasado.)

- Medicaid Seguro médico provisto por el/la empleador/a
 Medicare Seguro médico obtenido mediante la ley COBRA
 Programas de seguro médico del estado para niños/as Seguro médico de pago privado
 Servicios médicos de Asuntos de los Veteranos Seguro médico del estado para adultos/as

Discapacidad No Sí El/La cliente/a no sabe. El/La cliente/a se negó a responder. Si es adulto/a, indique el tipo de discapacidad. _____

¿El/La cliente/a es víctima o sobreviviente de violencia doméstica? (jefe/a de familia y adultos/as) No Sí El/La cliente/a no sabe.

El/La cliente/a se negó a responder. En caso afirmativo, ¿está huyendo? No Sí

En caso afirmativo, ¿cuándo ocurrió esta situación? En los últimos 3 meses Hace 3-6 meses Hace 6 -12 meses Hace un año o más

El/La cliente/a no sabe. El/La cliente/a se negó a responder.

Salud mental:

¿Está en un tratamiento por un problema de salud mental? Sí No

Fecha de inicio del tratamiento: _____ Fecha de finalización del tratamiento: _____

En caso afirmativo, indique el diagnóstico. _____

¿Dónde está recibiendo el tratamiento? _____

¿Ha estado hospitalizado/a por problemas de salud mental? Sí No

En caso afirmativo, indique el lugar y la fecha.

<i>Lugar</i>	<i>Fecha de inicio del tratamiento</i>	<i>Fecha de finalización del tratamiento</i>

¿Está tomando alguna medicación? Sí No

¿La toma según lo prescrito? Sí No

<i>Indique las medicaciones que está tomando:</i>	<i>Dosis</i>	<i>Frecuencia</i>
1. _____	_____	_____
2. _____	_____	_____
3. _____	_____	_____
4. _____	_____	_____
5. _____	_____	_____

Historial médico:

Problemas médicos actuales: _____

Nombre del médico de cabecera: _____

Dirección: _____ Teléfono: _____

<i>Indique las medicaciones que está tomando:</i>	<i>Dosis</i>	<i>Frecuencia</i>
1. _____	_____	_____
2. _____	_____	_____
3. _____	_____	_____
4. _____	_____	_____
5. _____	_____	_____

Abuso de sustancias:

¿Tiene antecedentes de abuso de sustancias? Sí No

En caso afirmativo, indique la(s) droga(s) elegida(s): _____

¿Durante cuánto tiempo experimentó el abuso de sustancias de manera activa? _____ Meses _____ Años

Historial de tratamiento por abuso de sustancias:*(Menciones fechas y lugares.)*

Fecha de inicio del tratamiento:

Fecha de finalización del tratamiento:

	<i>Lugar</i>	<i>Fecha</i>	<i>Lugar</i>	<i>Fecha</i>
Alcohólicos Anónimos				
Narcóticos Anónimos				
Desintoxicación				
Internación				
Consultas externas				

¿Alguna vez el/la(los/las) solicitante(s) ha(n) sido detenido/a(s) por posesión o distribución de drogas? Sí No

En caso afirmativo, ¿cuándo? _____

Información legal:

¿Está en libertad condicional? Sí No En caso afirmativo, nombre del/de la agente de libertad

condicional: _____

¿Está en libertad bajo palabra? Sí No En caso afirmativo, nombre del/de la agente de libertad bajo

palabra: _____

¿Orden judicial actual? Sí No

Registro de arrestos:

Cargo del arresto: _____ ¿Fue condenado/a? Sí No

Fecha de arresto: _____ ¿Ha cumplido la condena? Sí No

En caso afirmativo, ¿fue a prisión o cárcel? Cárcel Prisión

Cargo del arresto: _____ ¿Fue condenado/a? Sí No

Fecha de arresto: _____ ¿Ha cumplido la condena? Sí No

En caso afirmativo, ¿fue a prisión o cárcel? Cárcel Prisión

Cargo del arresto : _____ ¿Fue condenado/a? Sí No

Fecha de arresto: _____ ¿Ha cumplido la condena? Sí No

En caso afirmativo, ¿fue a prisión o cárcel? Cárcel Prisión

¿Es un/a delincuente sexual convicto/a? Sí No

Comentarios adicionales para respaldar la solicitud

Contacto en caso de emergencia: (Nombre y número de un/a familiar o amigo/a con el/la que podamos ponernos en contacto en caso de emergencia.)

Nombre: _____ Teléfono: _____

Fuente de derivación: Debe completarse.

Parte que realiza la derivación: _____ Fecha: _____

Agencia: _____

Tipo de programa: _____

Dirección de la agencia: _____

Teléfono de la agencia: _____ Fax: _____

Declaración del/de la cliente/a:

Toda la información que he indicado en esta solicitud está completa y es verdadera, y he respondido todas las preguntas de la mejor manera posible.

Firma del/de la cliente/a

Fecha

Lista de verificación para la derivación: *(Debe adjuntarse la documentación que figura a continuación para completar el proceso de derivación.)*

- Documentación de condición de persona sin vivienda (carta de la agencia que realiza la derivación que indica la condición de persona sin vivienda del/de la cliente/a o, si corresponde, una carta del centro de acogida)
- Documentación de discapacidad (carta de un/a médico/a u otro/a profesional cualificado/a que indique que esta persona tiene una discapacidad)
- Prestaciones actuales (Prueba de las prestaciones actuales que se reciben, es decir, talones de pago, cartas de concesión, extractos bancarios)
- Consentimiento para divulgar información realizado por ambas partes
- Formulario de matriz de autosuficiencia

Como la información indicada en esta solicitud contiene información de salud de carácter reservado, envíe por correo electrónico este formulario a sharonr.creasy@maryland.gov



Programas de viviendas financiados por el CoC de la
HALS Verificación de discapacidad Autorización para
divulgar información

Solicitante de Continuo de Cuidado: _____

Por la presente autorizo la divulgación de la información solicitada a continuación al Programa de Viviendas Financiado por el CoC de la HALS con el fin de determinar mi elegibilidad para el Programa de Viviendas del Continuo de Cuidado.

Firma del/de la solicitante del CoC _____ Fecha _____

_____ ha solicitado una vivienda a través del Programa de Viviendas Financiados por el CoC de la HALS. La normativa del Departamento de Viviendas y Desarrollo Urbano que regula el Programa Continuo de Cuidado exige la verificación de la discapacidad como condición para participar en el programa.

Este documento lo autoriza a divulgar información relativa al estado físico/mental del/de la solicitante arriba mencionado/a, según se indica a continuación:

1. ¿El/La solicitante tiene un diagnóstico de esquizofrenia (DSM-V 295.90, 295.40, 295.70, 295.80), un trastorno afectivo importante (DSM-V 296.33 y 296.34), un trastorno bipolar (DSM-V 296.43, 296.44, 296.53, 296.54, 296.40, 296.7 y 296.89), un trastorno delirante (DSM-V 297.1), un trastorno psicótico (DSM-V 298.8 y 298.9), un trastorno esquizotípico de la personalidad (DSM-V 301.22), un trastorno límite de la personalidad (DSM-V 301.83), o un trastorno de estrés postraumático (DSM-V 309.81)?

Sí: No: _____ Diagnóstico y código de DSM-V: _____

2. ¿El/La solicitante ha padecido la discapacidad durante dos años o más?

Sí: _____ No: _____ Fecha de inicio de discapacidad: _____

3. ¿Se prevé que la discapacidad sea de duración larga, continuada e indefinida? Sí: No: _____

4. ¿La naturaleza de la discapacidad del/de la solicitante mejoraría con condiciones de la vivienda más adecuadas? Sí: _____ No: _____

Nombre del/de la médico/a: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Firma del/de la médico/a, psiquiatra o
profesional autorizado/a

Número de teléfono

Fecha

DERECHO DE REVOCACIÓN: Entiendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento notificándolo por escrito de buena fe.

(DERIVACIONES DEL SISTEMA DE JUSTICIA PENAL - NORMAS: "Revocación del consentimiento" Un individuo cuya liberación del confinamiento, libertad condicional o libertad bajo palabra depende de su participación en un programa de tratamiento no puede revocar un consentimiento que haya dado de acuerdo con el párrafo (a) de esta sección hasta que haya habido una terminación o revocación formal y efectiva de dicha liberación del confinamiento, libertad condicional o libertad bajo palabra." REGISTRO FEDERAL, VOL. 40, Nro. 127, MARTES, 1.º de julio de 1975)

UTILICE ESTE ESPACIO SOLO SI EL/LA CLIENTE/A REVOCA SU CONSENTIMIENTO

□□/□□/□□□□

Fecha de revocación del consentimiento por el/la cliente/la

Firma del/de la solicitante

CONFIDENCIALIDAD: Si la solicitud de información se refiere al tratamiento de una persona por abuso de alcohol o drogas, la confidencialidad de esta información está protegida por la ley federal: (Código de Regulaciones Federales, Título 42, Parte 2) que prohíbe cualquier divulgación de la información sin el consentimiento específico por escrito de la persona a la que pertenece, o según lo permitido por dicha regulación. Una Autorización General para la divulgación de información médica o de otro tipo NO es suficiente para este fin.

DIVULGACIÓN POSTERIOR: Cualquier individuo o agencia que reciba la información del/de la solicitante del Programa Financiado por el CoC de la Alianza de Personas sin Vivienda de la Costa Inferior (HALS) tiene prohibido divulgar su historia clínica de acuerdo con en esta autorización. Esto está prohibido según lo dispuesto en el Código Anotado de Maryland, Sección 4-303 (b) (5) (ii).

FOTOCOPIA/FACSIMIL: Una fotocopia o facsímil de esta autorización se considera tan eficaz y válida como el documento original.

Firma del/de la solicitante

Fecha

Firma del/de la tutor/a o representante legal

Fecha

Relación con el/la cliente/la: _____
(Adjuntar copia del documento de autorización legal)

Firma del/de la testigo

Fecha

Firma del/de la asesor/a (si corresponde)

Fecha



PROGRAMA DE VIVIENDAS DEL CONTINUO DE CUIDADO DE LA HALS
Documentación sobre la condición de persona sin vivienda

Utilice el espacio a continuación para que el/la solicitante describa su situación de vida actual. Si en este momento se encuentra en el centro de detención, pida que describa su situación de vida antes del encarcelamiento. Se requiere información sobre su situación de vida antes del encarcelamiento. Si es necesario, utilice una hoja adicional.

Además, el organismo que realiza la derivación debe adjuntar una verificación de la condición de persona sin vivienda actual, o un historial de los últimos 3 años o más, del/de la solicitante ya sea de la agencia que realiza la derivación o de un tercero, si resulta práctico, como un centro de acogida de emergencia, un programa de alimentación de emergencia, el Departamento de Servicios Sociales, el Sistema de Información de Gestión de Personas sin Vivienda (HMIS, en inglés), etc.

**** También deberá presentarse la documentación de verificación de la condición de persona sin vivienda, en papel con membrete.**

Fecha: _____ Firmado: _____

Fecha: _____ Testigo: _____



Nombre del/de la participante _____ Fecha de nacimiento ___/___/___ Fecha de evaluación ___/___/___

Nombre del programa _____ Tipo de evaluación: Oficial Provisional Final

Ámbito	0 n/c	1 En crisis	2 Vulnerable	3 Seguro	4 Desarrollando la capacidad	5 Capacitado	Puntuación	¿Objetivo del/de la participante? (<input checked="" type="checkbox"/>)
Vivienda	Respuesta obligatoria	Sin vivienda o bajo amenaza de desalojo	En vivienda de transición, temporal o precaria; o el pago del alquiler/hipoteca actual es inasequible (más del 30 % de los ingresos)	En una vivienda estable que es segura pero adecuada solo en un nivel mínimo	En una vivienda segura, adecuada y subsidiada	En una vivienda segura, adecuada y no subsidiada		<input type="checkbox"/>
Empleo	No corresponde	Sin trabajo	Trabaja temporal, a tiempo parcial o por temporada; salario inadecuado, sin beneficios	Trabaja a tiempo completo; salario inadecuado; pocos o ningún beneficio	Trabaja a tiempo completo con salario y beneficios adecuados	Tiene un empleo permanente con ingresos y beneficios adecuados		<input type="checkbox"/>
Ingresos	Respuesta obligatoria	Sin ingresos	Ingresos inadecuados o gastos espontáneos o inapropiados	Puede cubrir las necesidades básicas con subsidios; gastos adecuados	Puede cubrir las necesidades básicas y gestionar las deudas sin asistencia	Los ingresos son suficientes y se administran bien; dispone de ingresos discrecionales y puede ahorrar		<input type="checkbox"/>
Alimentación/Nutrición	Respuesta obligatoria	Sin alimentos ni medios para prepararlos; dependencia considerable de otras fuentes de alimentos gratuitos o de bajo coste	La vivienda recibe cupones de alimentos	Puede satisfacer necesidades alimentarias básicas, pero necesita asistencia ocasional	Puede cubrir las necesidades básicas sin asistencia	Puede elegir comprar cualquier alimento que deseen en la vivienda		<input type="checkbox"/>
Cuidado infantil	No corresponde	Necesita cuidado infantil, pero no hay opciones disponibles/accesibles o el/la niño/a no es elegible.	Los servicios de cuidado infantil son poco fiables o inasequibles; la supervisión inadecuada es un problema para las opciones de cuidado infantil disponibles.	Hay opciones de cuidado infantil subsidiadas que son asequibles, pero limitadas.	Hay opciones de cuidado infantil fiables y asequibles; no se necesitan subsidios.	Puede elegir la opción de cuidado infantil de calidad que prefiera.		<input type="checkbox"/>
Educación infantil	No corresponde	Uno/a o más niños/as en edad escolar que no están escolarizados/as	Uno/a o más niños/as en edad escolar que están escolarizados/as, pero que no asisten a clase	Escolarizados/as, pero uno/a o más niños/as que solo asisten ocasionalmente	Escolarizados/as y asisten a clase la mayor parte del tiempo	Todos/as los/as niños/as en edad escolar están escolarizados/as y asisten a clase regularmente		<input type="checkbox"/>
Educación de adultos/as	Respuesta obligatoria	Los problemas de alfabetización o la falta de un título de escuela secundaria o de desarrollo educativo general (GED, en inglés) son obstáculos graves para obtener empleo.	Está matriculado/a en un programa de alfabetización o de GED o tiene un dominio suficiente del inglés hasta el punto de que el idioma no es un obstáculo para obtener empleo.	Tiene un título de escuela secundaria/GED.	Necesita educación/formación adicional para mejorar su situación laboral o resolver sus problemas de alfabetización para poder desenvolverse con eficacia en sociedad.	Ha finalizado la educación/formación necesaria para poder obtener empleo; sin problemas de alfabetización.		<input type="checkbox"/>
Cobertura médica	Respuesta obligatoria	Sin cobertura médica con necesidad inmediata	Sin cobertura médica y con grandes dificultades para acceder a la atención médica cuando se necesita; algunos miembros de la vivienda pueden tener problemas de salud.	Algunos miembros de la vivienda (por ejemplo, niños/as) tienen un plan de salud pública.	Todos los miembros pueden recibir atención médica cuando la necesitan, pero puede afectar el presupuesto.	Todos los miembros tienen la cobertura de un seguro médico asequible y adecuado.		<input type="checkbox"/>
Habilidades para la vida	Respuesta obligatoria	No puede para cubrir las necesidades básicas como higiene, alimentación, actividades de la vida diaria.	Puede cubrir algunas pero no todas las necesidades de la vida diaria sin asistencia.	Puede cubrir la mayoría pero no todas las necesidades de la vida diaria sin asistencia.	Puede cubrir todas las necesidades básicas de la vida diaria sin asistencia.	Puede cubrir situaciones más allá de las necesidades básicas de la vida diaria para sí mismo/a y la familia.		<input type="checkbox"/>
Relaciones familiares	Respuesta obligatoria	Falta del apoyo necesario de la familia o los/as amigos/as; existe maltrato (violencia doméstica, infantil) o hay negligencia infantil.	Es posible que la familia y los/as amigos/as lo/a apoyen, pero carecen de capacidad o recursos para ayudarlo/a; los miembros de la familia no se llevan bien; posibilidad de abuso o negligencia.	Cierto apoyo de la familia/los/as amigos/as; los miembros de la familia reconocen e intentan cambiar las conductas negativas; están aprendiendo a comunicarse y apoyarse.	Gran apoyo de la familia o los/as amigos/as; los miembros de la familia apoyan sus esfuerzos mutuamente.	Tiene una red de apoyo sana/en expansión; la vivienda es estable y la comunicación es siempre abierta.		<input type="checkbox"/>



Nombre del/de la participante _____ Fecha de nacimiento ____/____/____ Fecha de evaluación ____/____/____

Nombre del programa _____ Tipo de evaluación: Inicial Provisional Final

Ámbito	0 n/c	1 En crisis	2 Vulnerable	3 Seguro	4 Desarrollando la capacidad	5 Capacitado	Puntuación	Objetivo del/de la participante? (12)
Movilidad	Respuesta obligatoria	No tiene acceso a transporte público o privado; tal vez tiene un vehículo que no sirve.	El transporte está disponible, pero es poco fiable, impredecible e inasequible; es posible que tenga vehículo, pero no seguro, licencia, etc.	El transporte está disponible y es fiable, pero es limitado o poco práctico; los/as conductores/as tienen licencia y un seguro mínimo.	El transporte suele ser accesible para satisfacer las necesidades básicas de desplazamiento.	El transporte está disponible y es asequible; el vehículo está asegurado como corresponde.		<input type="checkbox"/>
Participación comunitaria	Respuesta obligatoria	No aplicable debido a la situación de crisis; en modo de "supervivencia".	Aislado/a socialmente o sin habilidades sociales o sin motivación para participar en la comunidad.	No sabe cómo participar en la comunidad.	Cierta participación en la comunidad (grupo de consulta, grupo de apoyo) pero tiene obstáculos como el transporte o el cuidado de niños/as.	Participa activamente en la comunidad.		<input type="checkbox"/>
Habilidades parentales	No corresponde	Hay ciertas inquietudes de seguridad respecto a las habilidades parentales.	Las habilidades parentales son mínimas.	Las habilidades parentales son aparentes, pero no adecuadas.	Las habilidades parentales son adecuadas.	Las habilidades parentales están bien desarrolladas.		<input type="checkbox"/>
Legal	Respuesta obligatoria	Multas u órdenes de detención pendientes	Cargos/juicios pendientes, incumplimiento de la libertad condicional/bajo palabra	Cumplimiento íntegro de las condiciones de la libertad condicional/bajo palabra	Ha completado con éxito la libertad condicional/bajo palabra en los últimos 12 meses; no se han presentado nuevos cargos.	No estuvo implicado en delitos penales en más de 12 meses o no tiene antecedentes penales por delitos graves.		<input type="checkbox"/>
Salud mental	Respuesta obligatoria	Presenta un peligro para sí mismo/a o para los/as demás; tiene ideas suicidas recurrentes; experimenta dificultades graves en la vida cotidiana debido a problemas psicológicos.	Presenta síntomas recurrentes de problemas de salud mental que pueden afectar su conducta, pero que no suponen un peligro para sí mismo/a ni para los/as demás; tiene problemas persistentes de funcionamiento debido a síntomas de problemas de salud mental.	Puede haber síntomas leves, pero transitorios; solo dificultades moderadas de funcionamiento debidas a problemas de salud mental.	Presenta síntomas mínimos que son respuestas esperables a factores estresantes de la vida; solo tiene un ligero deterioro del funcionamiento.	Los síntomas están ausentes o son raros; funcionamiento bueno o superior en una amplia gama de actividades; no presenta más que problemas o preocupaciones cotidianas.		<input type="checkbox"/>
Consumo de sustancias y conductas adictivas	No corresponde	Cumple con los criterios de abuso/dependencia grave; los problemas resultantes son tan graves que puede ser necesaria la vida institucional o la hospitalización.	Cumple con los criterios de dependencia; existe una preocupación por el consumo o la obtención de drogas/alcohol; demuestra conductas de abstinencia o evitación de la abstinencia evidentes; el consumo provoca la evitación o el abandono de actividades vitales esenciales.	Ha consumido en los últimos 6 meses; presenta evidencia de problemas sociales, laborales, emocionales o físicos persistentes o recurrentes relacionados con el consumo (por ejemplo, conductas perturbadoras o problemas de vivienda); los problemas han persistido durante al menos un mes.	El/La cliente/a ha consumido durante los últimos 6 meses, pero no hay pruebas de problemas sociales, laborales, emocionales o físicos persistentes o recurrentes relacionados con el consumo; no hay pruebas de consumo peligroso recurrente.	No ha consumido drogas ni alcohol en los últimos 6 meses.		<input type="checkbox"/>
Seguridad	Respuesta obligatoria	El hogar o la residencia no son seguros; el nivel inmediato de letalidad es extremadamente alto; posible implicación de los Servicios de Protección Infantil (CPS, en inglés).	La seguridad está amenazada/la protección temporal está disponible; el nivel de letalidad es alto.	El nivel actual de seguridad es mínimamente adecuado; la planificación de la seguridad continua es esencial.	El entorno es seguro, aunque el futuro del lugar es incierto; la planificación de la seguridad es importante.	El entorno parece ser seguro y estable.		<input type="checkbox"/>
Discapacidades y salud física	No sabe/no quiso contestar.	Los síntomas agudos o crónicos están afectando la vivienda, el empleo, las interacciones sociales, etc.	A veces o de vez en cuando tiene síntomas agudos o crónicos que afectan la vivienda, el empleo, las interacciones sociales, etc.	Rara vez presenta síntomas agudos o crónicos que afecten la vivienda, el empleo, las interacciones sociales, etc.	Es asintomático/a; su condición está controlada mediante servicios o medicación.	No se han identificado discapacidades ni problemas de salud.		<input type="checkbox"/>