

## Foundational Community Supports: Evaluación de apoyo de vivienda

\*Indica un campo obligatorio.

<b>* Fecha:</b>	<b>* Nombre:</b>	<b>* No. de ID de ProviderOne:</b>	<b>* Fecha de nacimiento:</b>
<b>Dirección (no se requiere si es indigente):</b>		<b>* Ciudad, Estado Código postal:</b>	
<b>Número telefónico:</b>		<b>Correo electrónico:</b>	
<b>¿Es miembro de una tribu de indios americanos/nativos de Alaska con reconocimiento federal?</b> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <i>Si es sí, especifique cuál tribu:</i>		<b>Veterano:</b> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
		<b>* Nombre de la agencia del proveedor:</b>	
<b>Parte A: Requisitos de elegibilidad para necesidades complejas</b>			
<i>La información de esta sección es obligatoria con el fin de determinar la elegibilidad para servicios de apoyo de vivienda.</i>			
<b>* Necesidad de salud (debe seleccionar por lo menos una)</b> <b>El cliente cumple uno de los siguientes criterios (según lo determinado por una agencia autorizada de salud del comportamiento):</b>			
<input type="checkbox"/> Necesidad de salud mental donde existe la necesidad de mejora, estabilización o prevención del deterioro del funcionamiento producto de la presencia de una enfermedad mental			
<input type="checkbox"/> Diagnosticado con un trastorno por el uso de sustancias, según lo determinado por cumplir un nivel de uno o mayor <i>de los criterios de la American Society of Addiction Medicine</i>			
<input type="checkbox"/> Necesita asistencia con tres o más actividades del diario vivir (ADL) o una o más ADL prácticas (según lo determinado por una Valoración integral de evaluación e informe)			
<input type="checkbox"/> El cliente es un indigente que tiene una discapacidad, determinada por una evaluación de entrada coordinada. <i>(Se evaluó que la persona tiene una necesidad compleja de salud, la cual se define como condición física continua prolongada o indefinida que necesita mejora, estabilización o prevención de deterioro del funcionamiento [incluyendo la capacidad de vivir independientemente sin apoyo]).</i>			

**\* Factores de riesgo (a ser aprobados por un profesional calificado; debe seleccionar por lo menos un factor de riesgo):**

- Crónicamente indigente:** una persona que tiene una condición discapacitante que ha estado indigente durante un periodo de por lo menos un año, o una persona que tiene una condición discapacitante que ha tenido por lo menos cuatro episodios de indigencia, siempre y cuando las ocasiones combinadas equivalgan a por lo menos 12 meses.

***Nota:** Esta definición también incluye personas que cumplieron anteriormente la definición de indigencia del U.S. Department of Housing and Urban Development (HUD), pero que ha tenido alojamiento en los últimos 60 días (el tiempo de alojamiento no debe superar los 60 días).*

- Contactos institucionales frecuentes o prolongados (frecuente, como en dos o más casos en los últimos 12 meses, o prolongado, como de una duración de 90 días o más)**

¿Está el cliente haciendo la transición fuera de un entorno institucional?  Sí  No

Si es sí, seleccione todas las que apliquen:

- Enfermería
- Hospitalización psiquiátrica en internación
- Hospitalización médica en internación
- Programa correccional o institución
- Centro de cuidado tutelar u otro centro para jóvenes

***Nota:** Los servicios no serán autorizados si el cliente está ubicado actualmente en una institución para enfermedades mentales (IMD) o centro correccional hasta que haga la transición fuera del entorno.*

¿Ha residido el cliente dentro de uno los entornos institucionales enumerados previamente múltiples veces el año pasado?  Sí  No *Si es sí, cantidad de veces:* \_\_\_\_\_

- Estadías frecuentes de cuidado residencial (dos o más eventos en los últimos 12 meses)**

¿Ha residido el cliente dentro de un centro de cuidado residencial dos o más veces en los últimos 12 meses?  Sí  No

Si es sí, seleccione todas las que apliquen:

- Centro de evaluación y tratamiento
- Centro de tratamiento para el uso de sustancias en hospitalización
- Centro de desintoxicación
- Cuidado residencial para adultos, hogar de vida asistida o familiar para adultos (AFH)

**Rotación frecuente de cuidadores en el hogar (tres o más eventos en los últimos 12 meses)**

Dentro de los últimos 12 meses, ¿usó el cliente tres (o más) distintos proveedores de cuidadores en el hogar (Proporcione documentación de apoyo con la evaluación)?  Sí  No

**Puntuación de PRISM (1.5 o superior)** (*Póngase en contacto con el TPA, MCO, BHO, hogar de salud o administrador de casos de HCS para obtener la puntuación de riesgo PRISM*).

**Detalles adicionales sobre los factores de riesgo:**

**Parte B: Evaluación de vivienda**

*Llénela lo mejor que pueda. Esta información es obligatoria, pero no afecta la elegibilidad.*

**\* Estado laboral:**

- Desempleado
- Empleado a tiempo parcial
- Empleado a tiempo completo
- Actividades no remuneradas de empleo
- Inscrito en un programa de capacitación/educación

**\*Fuente de los ingresos:**

- Seguro Social
- Pensión
- Ingresos del Seguro Social
- Ingresos por discapacidad del Seguro Social
- Temporary Aid for Needy Families
- Housing and Essential Needs
- Ancianos, ciegos o discapacitados
- Empleo
- Otra: \_\_\_\_\_

**\*Ingresos totales:**

- Menos de \$10,000
- \$10,000 a \$14,999
- \$15,000 a \$19,999
- \$20,000 a \$24,999
- \$25,000 a \$29,999
- \$30,000 a \$34,999
- \$35,000 o más

**\*Tipo de vivienda:**

- Vivienda transitoria/temporal
- Vivienda permanente
- Sin vivienda (indigente)

**\*Si está indigente, elija el tipo:**

- Vive en un lugar que no está hecho para que lo habiten humanos (por ejemplo: auto)
- En un refugio de emergencia
- Indigente pero admitido a un hospital u otra institución por menos de 30 días
- En riesgo inminente de perder la vivienda
- Desalojado o con hipoteca ejecutada dentro de 30 días sin ninguna residencia futura identificada
- De casa en casa de amigos (couch surfing) o en alojamiento compartido (doubled up)
- Otra: \_\_\_\_\_

**Fortalezas**

*Llénela lo mejor que pueda. La información de esta sección evalúa las preferencias, necesidades y recursos de vivienda de la persona. Esta información no afecta la elegibilidad.*

*Identifique los atributos individuales que apoyan la capacidad del cliente de obtener y mantener la vivienda. Seleccione todos los que apliquen:*

- |                                                                                     |                                                                            |
|-------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Coordinación de reparaciones al apartamento                | <input type="checkbox"/> Manejo/uso de cuidadores                          |
| <input type="checkbox"/> Deseo de trabajar o participar en actividades comunitarias | <input type="checkbox"/> Preparación de comidas                            |
| <input type="checkbox"/> Conducción/uso de transporte público                       | <input type="checkbox"/> Administración del dinero                         |
| <input type="checkbox"/> Surtir recetas                                             | <input type="checkbox"/> Motivado a obtener vivienda                       |
| <input type="checkbox"/> Llevarse bien con los vecinos, propietarios, etc.          | <input type="checkbox"/> Motivado a resolver problemas legales/crediticios |
| <input type="checkbox"/> Labores domésticas                                         | <input type="checkbox"/> Pagar cuentas                                     |
| <input type="checkbox"/> Higiene                                                    | <input type="checkbox"/> Pagar renta/servicios públicos                    |
| <input type="checkbox"/> Cumplimiento del arrendamiento                             | <input type="checkbox"/> Comprar comida y productos necesarios             |
| <input type="checkbox"/> Historial de renta a largo plazo                           | <input type="checkbox"/> Apoyo de la familia/amigos                        |
| <input type="checkbox"/> Mantener beneficios                                        | <input type="checkbox"/> Apoyo de la familia/amigos                        |
| <input type="checkbox"/> Manejo de necesidades de cuidado de la salud               | <input type="checkbox"/> Tomar medicamentos                                |
| <input type="checkbox"/> Otro: _____                                                |                                                                            |

**Preferencia de vivienda**

**Entorno:**

- Urbano/centro de la ciudad    Urbano/comunidad residencial    Suburbano  
 Rural/pueblo pequeño

**Cerca de:**

- Transporte    Compras    Servicios médicos    Familia/amigos    Lugar de culto  
 Recreación/cultural    Otro: \_\_\_\_\_

**Espacio de vivienda:**

- Estudio    1 habitación    2 habitaciones    Lavandería en el sitio    No fumar  
 Se permite fumar    Se permiten mascotas    Planta baja/elevador    Unidad accesible  
 Estacionamiento

**Describa otras preferencias relevantes de vivienda:**

**Información personal relacionada con la búsqueda de vivienda**

¿Usa el cliente una silla de ruedas?  Sí  No

*Si es sí, indique:*

Ancho: \_\_\_\_\_ Manual o eléctrica: \_\_\_\_\_

¿Tiene el cliente una mascota?  Sí  No

¿Tiene el cliente un animal de servicio?  Sí  No

¿Fuma el cliente?  Sí  No

¿Usa el cliente marihuana medicinal?  Sí  No

¿Ha prestado servicios el cliente en las Fuerzas Armadas de los Estados Unidos con una baja calificada?  Sí  No

¿Alguna vez el cliente ha sido arrestado?  Sí  No

*Si es sí, ¿le formularon cargos y lo condenaron por un delito?*  Sí  No

¿Es el cliente un transgresor sexual registrado o ha sido condenado por fabricar metanfetaminas?  
 Sí  No

*(Si es sí, no se permiten subsidios federales)*

¿Vivirá alguna otra persona con el cliente?  Sí  No

*Si es sí, seleccione el tipo y anote el nombre y la información de contacto:*

Familia/pareja/amigo:

Ayudante residente:

**Describa otra información personal relevante relacionada con la búsqueda de vivienda:**

**Historial de vivienda**

¿Tiene el cliente algún historial de renta?  Sí  No

¿Ha recibido alguna vez el cliente vivienda subsidiada de una autoridad pública de vivienda?  Sí  No

¿Le adeuda el cliente a alguien o a alguna autoridad pública de vivienda renta atrasada?  Sí  No

¿Ha sido desalojado alguna vez el cliente de una vivienda rentada?  Sí  No

*Si es sí, indique las fechas:*

**Información de transporte**

¿Depende el cliente del transporte público?  Sí  No

¿Tiene el cliente un vehículo?  Sí  No

Describa las necesidades de transporte del cliente:

**Opciones de vivienda a revisar/explorar**

¿Está disponible y es apropiada para la persona alguna de las opciones a continuación?  Sí  No

*Si es sí, seleccione todas las que apliquen:*

**Asistencia de pago de renta basada en el inquilino:**

Opción de vivienda

Discapacitado no anciano

Vivienda de apoyo de asistencia para veteranos

Programa de unificación familiar

HOPWA

Otra: \_\_\_\_\_

**Subsidio para pago de renta basado en el proyecto de vivienda:**

HUD 811

HUD 202

Crédito de impuesto de vivienda para bajos ingresos

Otra: \_\_\_\_\_

**Continuidad de cuidado:**

Cuidado en albergue

HPRP

Vivienda de apoyo permanente

Vivienda de transición

Otra: \_\_\_\_\_

**Subsidiada por el Departamento de Comercio:**

**Otro subsidio de HUD o USDA:**

**Programa del condado/ciudad:**

**Otro:**

**Documentación disponible:**

- |                                                                     |                                                       |
|---------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Tarjeta del Seguro Social                  | <input type="checkbox"/> Certificado de nacimiento    |
| <input type="checkbox"/> Resultados de verificación de antecedentes | <input type="checkbox"/> Estado de residente legal    |
| <input type="checkbox"/> Prueba de ingresos                         | <input type="checkbox"/> Receptor protector de fondos |
| <input type="checkbox"/> Documentación de otros activos             |                                                       |

**Notas:**

**Evaluación completada por:**

**Cargo/credenciales:**

**Fecha:**

**Firma:**

**\* Nombre del proveedor:**

**Evaluación supervisada por (si aplica):**

**Cargo/credenciales:**

**Fecha:**

**Firma:**

**\* Consentimiento del inscrito para los servicios (nombre en letra de imprenta):**

*Indique el consentimiento verbal en las notas abajo si no se pudo obtener la firma  
(obligatorio si no hay firma)*

**\* Firma del inscrito:**

**\* Fecha:**

**Notas:**