

**Apoyos comunitarios fundamentales:
Evaluación de apoyo de vivienda**

 Evaluación inicial

 Reautorización

*Indica un campo obligatorio.**

Fecha:*	Nombre:*	Núm. de ID de ProviderOne:*	Fecha de nacimiento:*
Dirección (no se requiere si es indigente):		Ciudad, Estado, ZIP:*	
Número de teléfono:		Correo electrónico:	
¿Es miembro de una tribu reconocida federalmente de amerindios/nativos de Alaska? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <i>Si es sí, especifique de cuál tribu:</i>		Veterano: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
		Nombre de la agencia del proveedor:*	

Parte A: Requisitos de elegibilidad para necesidades complejas
La información de esta sección es requerida con el fin de determinar la elegibilidad para servicios de apoyo de vivienda.
Necesidad de salud (debe seleccionar por lo menos una)
El cliente cumple con uno de los criterios siguientes:*

- Necesidad de salud mental donde existe una necesidad de mejora, estabilización o prevención de deterioro al funcionamiento resultante de la presencia de una enfermedad mental (según lo determinado por una agencia de salud del comportamiento licenciada).
- Diagnosticado con un trastorno de abuso de sustancias (SUD), según lo determinado por cumplir con un nivel de uno o mayor de los *Criterios de la Sociedad Estadounidense de Medicina de Adicciones (ASAM)* (según lo determinado por una agencia de salud del comportamiento licenciada).
- Necesita asistencia con tres o más actividades de la vida diaria (ADL) o una o más ADL prácticas según lo determinado por una *Evaluación de valoración integral e informes (CARE)*.
- El cliente es un indigente que tiene una discapacidad, determinada por una evaluación de entrada coordinada. *(Se evaluó que la persona tiene una necesidad compleja de salud, la cual se define como afección física continua prolongada o indefinida que necesita mejora, estabilización o prevención de deterioro del funcionamiento incluyendo la capacidad de vivir independientemente sin apoyo).*

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 afección 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.

Contactos institucionales frecuentes o prolongados (frecuentes, como en dos o más casos en los últimos 12 meses o prolongados, como de 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 opciones que apliquen:

- Enfermería
- Hospitalización psiquiátrica
- Hospitalización médica
- Programa correccional o institución
- Centro de tutela temporal u otro centro para jóvenes

¿Ha residido el cliente dentro de uno los entornos institucionales enumerados anteriormente varias veces el año pasado?

Sí No *Si es sí, número de veces:* _____

Estadías frecuentes para atención residencial (dos o más eventos en los últimos 12 meses)

¿Ha residido el cliente dentro de un centro de atención residencial dos o más veces en los últimos 12 meses?

Sí No

Si es sí, seleccione todas las opciones que apliquen:

- Centro de evaluación y tratamiento
- Centro de tratamiento para el uso de sustancias para paciente hospitalizado
- Centro de desintoxicación
- Atención 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)

¿Ha experimentado el cliente una rotación frecuente de cuidadores en el hogar?

Sí No

Dentro de los últimos 12 meses, ¿usó el cliente tres distintos proveedores de cuidadores en el hogar? Sí No

Puntuación de riesgo predictivo PRISM de 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 del cliente 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 (SSA)
- Pensión
- Ingreso de seguridad suplementario (SSI)
- Seguro por discapacidad del Seguro Social (SSDI)
- Asistencia temporal para familias necesitadas (TANF)
- Vivienda y necesidades esenciales (HEN)
- Ancianos, ciegos o discapacitados (ABD)
- Empleo
- Otro:

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: carro)
- Vive 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 (coach surfing) o en alojamiento compartido (doubled up)
- Otro:

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 todas las opciones que apliquen.

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Motivado a obtener vivienda | <input type="checkbox"/> Mantenimiento de beneficios |
| <input type="checkbox"/> Historial de renta a largo plazo | <input type="checkbox"/> Compra de comida y productos necesarios |
| <input type="checkbox"/> Apoyo de la familia/amigos | <input type="checkbox"/> Toma de medicamentos |
| <input type="checkbox"/> Pago de renta/servicios públicos | <input type="checkbox"/> Abastecimiento de recetas |
| <input type="checkbox"/> Cumplimiento del arrendamiento | <input type="checkbox"/> Higiene |
| <input type="checkbox"/> Labores domésticas | <input type="checkbox"/> Pago de cuentas |
| <input type="checkbox"/> Administración del dinero | <input type="checkbox"/> Llevarse bien con los vecinos, propietarios, etc. |
| <input type="checkbox"/> Conducción/uso de transporte público | <input type="checkbox"/> Preparación de comidas |
| <input type="checkbox"/> Coordinación de reparaciones al apartamento | <input type="checkbox"/> Motivado a resolver problemas legales/crediticios |
| <input type="checkbox"/> Manejo/uso de cuidadores | <input type="checkbox"/> Deseo de trabajar o participar en actividades comunitarias |
| <input type="checkbox"/> Manejo de las necesidades de atención de la salud | <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 Una habitación Dos habitaciones Lavandería en el lugar 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 colocación en vivienda

¿Usa el cliente una silla de ruedas? Sí No

Si es sí, indique:

Ancho (pulgadas): _____

Manual o eléctrica: _____

¿Tiene el cliente una mascota? Sí No

¿Tiene el cliente un animal de servicio? Yes 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 colocación en 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 opciones 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
- Oportunidades de vivienda para personas con SIDA (HOPWA)
- Otro:

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

- HUD 811 (apoyo de vivienda para personas con discapacidades)
- HUD 202 (apoyo de vivienda para ancianos)
- Crédito de impuesto de vivienda para bajos ingresos
- Otro:

Continuación de la atención:

- Atención en albergue
- Programa de prevención de indigencia y recolocación rápida en vivienda (HPRP)
- Vivienda con apoyo permanente
- Vivienda de transición
- Otro:

Subsidiada por el

Departamento de Comercio:

Otro subsidio de HUD o USDA:

Programa del condado/ciudad:

Otro:

Documentación disponible (marque todas las casillas para la documentación que el cliente le ha facilitado. Nota: Usted no tiene que incluir documentación con la evaluación):

- Tarjeta del Seguro Social
- Resultados de verificación de antecedentes
- Prueba de ingresos
- Documentación de otros activos
- Certificado de nacimiento
- Estado de residente legal
- Receptor protector de fondos

Notas:

Evaluación completada por:*	Cargo/credenciales:	Fecha:
Firma:	Nombre de la agencia del proveedor:*	
Evaluación supervisada por (si aplica):	Cargo/credenciales:	Fecha:
Firma:		
Nombre del inscrito potencial (consentimiento para servicios):*		
<i>Indique el consentimiento verbal con la <u>fecha y hora de recepción</u> en las notas a continuación si no se pudo obtener la firma (obligatorio si no hay firma).</i>		
Firma del inscrito:*		Fecha:*
Notas:		