

HMIS Client Intake & Annual Assessment Form**PY 2019**Staff Printed Name: _____ Date: _____ ☐ New Client ☐ Annual AssessmentEnter Data As: ☐ Day Resource ☐ Night Shelter ☐ Front Steps-Admin ☐ Case Mgmt. ☐ Other: _____ID to verify identity (check all that apply): ☐ US Driver's License ☐ US State ID ☐ SS Card ☐ None ☐ Other: _____ServicePoint ID#: _____ Nombre del Cliente: _____
(Apellido nombre, primer nombre, M.I.)

de seguro social: _____ - _____ - _____ ☐ El Cliente no sabe ☐ Approx./Partial ☐ El Cliente se rehusó

Localización del Cliente: ☒ TX-503

Fec. / / ☐ CL DK
Nac: _____ ☐ Approx./Partial ☐ CL Refused
MM/DD/YY

Veterano del Miliar EEUU:* vea la clave

- ☐ Sí
☐ No
☐ El Cliente no sabe
☐ El Cliente se rehusó

Primary / Secondary Race:

- ☐ ☐ Asiático
☐ ☐ Negro o Afro-Americano
☐ ☐ Blanco
☐ ☐ Nátivo Americano/Nativo de Alaska
☐ ☐ Nativo de Hawaiian/Islands de Pacifico
☐ ☐ El Cliente no sabe
☐ ☐ El Cliente se rehusó

Etnicidad:

- ☐ Hispano/Latino
☐ No Hispanic/No Latino
☐ El Cliente no sabe
☐ El Cliente se rehusó

Género:

- ☐ Mujer
☐ Hombre
☐ Transgénero:Hombre a Mujer
☐ Transgénero: Mujer a Hombre
☐ Otro
☐ El Cliente no sabe
☐ El Cliente se rehusó

Enfermedad discapacitante de una**Residencia antes de entrada del proyecto:**

- ☐ Alojamiento de emergencia/Bono
☐ Refugio de emergencia, incluyendo Hotel o Motel pagado con bono de refugio de emergencia
☐ Refugio Seguro
☐ Vivienda provisional
☐ Hogar de acogida o grupo de cuidado de crianza
☐ Hospital u otro centro médico residencial no psiquiátrico
☐ Cárcel, prisión o centro de detención de menores
☐ Centro de cuidados a largo plazo o hogar de ancianos
☐ Hospital psiquiátrico u otro centro psiquiátrico
☐ Centro de tratamiento de abuso de sustancias o desintoxicación
☐ Hotel o Motel pagado sin bono de refugio de emergencia
☐ Propiedad del cliente, sin subsidio de vivienda en curso
☐ Propiedad del cliente, con subsidio de vivienda en curso
☐ Vivienda permanente (excepto RRH) para personas anteriormente sin hogar
☐ Alquiler por cliente, sin subsidio de vivienda en curso
☐ Alquiler por cliente, con subvención VASH
☐ Alquiler por cliente, con subsidio de GPD TIP
☐ Alquiler por cliente, con RRH o subsidio equivalente

- ☐ Alquiler por cliente, otro subsidio de vivienda en curso
☐ Proyecto residencial o casa de medio sin hogar criterios
☐ Ajolarse o vivir en la habitación, apartamento o casa con un miembro de la familia
☐ Alojarse o vivir en la habitación de un amigo, apartamento o casa
☐ Vivienda transitoria para personas sin hogar
☐ El Cliente no sabe
☐ El Cliente se rehusó

Estado de Vivienda:

- ☐ Cat. 1 – Literalmente sin hogar
☐ Cat. 2 – Riesgo inminente
☐ Cat. 4 – Huir violencia doméstica
 En riesgo de estar sin hogar
☐ Vivienda estable
☐ El Cliente no sabe
☐ El Cliente se rehusó

Independientemente de donde se quedaron anoche, número de veces que el cliente de ha sido sin hogar en últimos 3 años (incluyendo hoy)

- ☐ Nunca
☐ Una vez
☐ 2 veces
☐ 3 veces
☐ 4 o más veces
☐ El Cliente no sabe

Estado documentado:

Longitud del tiempo sin hogar

- ☐ Sí ☐ NO

Número total de meses sin hogar en la calle, en emergencia o Refugio Seguro en los últimos tres aos? _____

Relación al jefe de familia:

- ☐ El/la mismo/a (Jefe de familia)
☐ Hijo/a
☐ Esposo/a o pareja
☐ Otra relación

HMIS Client Intake & Annual Assessment Form**PY 2019****Duración larga:** *Por favor especifique; entrada a pagina 2*☐ Datos no recopilados☐ Otra: miembro de no relación

FEMA subsidiado vivienda

- ☐ Sí
☐ No
☐ El Cliente no sabe
☐ El Cliente se rehusó

Duración de permanencia en residencia previa:

- ☐ 1 día o menos
☐ Dos días a 6 noches
☐ Una semana, o menos de un mes
☐ Un mes o mas, pero menos de 90 días

In Perm. Housing?*(RRH/BSS+ Only)*

- ☐ Yes
☐ No

If "Yes," Date of Move-In?**El cliente entra por las calles, refugio de emergencia o Refugio Seguro?**

- ☐ Sí
☐ No

☐ 90 días o mas, pero menos de un a

- ☐ 1 un anos o mas
☐ Client doesn't know
☐ Client refused

Si "Sí", Fecha de inicio aproximada:

____ / ____ / ____

(Agregar cantidades enumeradas abajo para el total) \$ _____**Receiving Income From Any Source:***(If "Yes," list amounts below)*

- ☐ Yes
☐ No
☐ CL DK
☐ CL Ref

Amount, Source of Income & Start Date (MM/DD/YY)

\$ _____ Earned Income
 \$ _____ Alimony/Spousal Support
 \$ _____ Child Support
 \$ _____ General Asst.
 \$ _____ Other
 \$ _____ Pension/Ret. Former Job
 \$ _____ Private Disability Ins.
 \$ _____ SS-Retirement Income
 \$ _____ SSDI
 \$ _____ SSI
 \$ _____ TANF
 \$ _____ Unemployment Insurance
 \$ _____ VA Service-Connected
 \$ _____ Disability Compensation
 \$ _____ VA Non-Service-Connected Disability Compensation
 \$ _____ Worker's Compensation

Health Insurance & Start Date: (MM/DD/YY)

☐ Y ☐ N MEDICAID
☐ Y ☐ N MEDICARE
☐ Y ☐ N State Children's Ins.
☐ Y ☐ N VA Medical Services
☐ Y ☐ N Employer Health Ins.
☐ Y ☐ N Cobra Ins.
☐ Y ☐ N Indian Health Services
☐ Y ☐ N Other

Source of Non-Cash Benefit(s) & Start Date:
(List amount to right) (MM/DD/YY)**Disability Type****see key (Answer each)***ST LT NO**

- ☐ ☐ ☐ Alcohol Abuse
☐ ☐ ☐ Drug Abuse
☐ ☐ ☐ Both Alcohol/Drug Abuse
☐ ☐ ☐ Chronic Health Condition
☐ ☐ ☐ Developmental
☐ ☐ ☐ HIV/AIDS
☐ ☐ ☐ Mental Health Condition
☐ ☐ ☐ Physical

Domestic Violence Victim/Survivor?

- ☐ Yes
☐ No
☐ CL DK
☐ CL Ref

If "Yes," When Did the Experience Occur?

- ☐ Not a victim of DV
☐ In the past 3 months
☐ 3 – 6 months ago
☐ 6 – 12 months ago
☐ More than 1 year ago
☐ CL DK
☐ CL Ref

If "Yes," are you currently fleeing DV?

- ☐ Yes
☐ No
☐ CL DK
☐ CL Ref

If "Yes" to Non-Cash Benefit,
List Amount**Start Date**
(MM/DD/YY)**Is Client Chronically Homeless?**

- ☐ Yes
☐ No
☐ CL DK
☐ CL Ref

Formerly a Ward of Child Welfare/ Foster Care Agency?

- ☐ Yes
☐ No
☐ CL DK
☐ CL Ref

Enrolled in MAP?

- ☐ Y ☐ N

Impairs Client's Ability to Live Independently ? (Y/N)

HMIS Client Intake & Annual Assessment Form**PY 2019**

☐ Y	☐ N	SNAP (Food Stamps)	_____	\$ _____
☐ Y	☐ N	WIC	_____	\$ _____
☐ Y	☐ N	TANF Child Care	_____	\$ _____
☐ Y	☐ N	TANF Transportation	_____	\$ _____
☐ Y	☐ N	Other TANF Services	_____	\$ _____
☐ Y	☐ N	Other	_____	\$ _____

STAFF USE ONLY (Initial to confirm completion)**Client Signed:**

HMIS Intake Form, HE Form & Self-Cert?

FS ROI, Rules Agreement, HMIS Card Agreement?

As the client named above, I verify that the information recorded on this form is true and correct to the best of my knowledge. I understand that my answers to these questions are for data collection purposes only, and I will not be discriminated against for providing honest answers. I understand that Front Steps, Inc. will release and share this information with other programs and services within the organization.

Staff:

Enter CL Intake Data & FS (146) ROI into HMIS.

Create CL Entry into appropriate program.

Take CL photo/upload/issue Card.

Create "Note" for Card Issued in HMIS.

Scan in and Rename HMIS files. Upload files into profile. Move original scans from Record Scans to appropriate drive.

X _____

Date: _____