

**Austin/Travis County Homeless Management Information System (HMIS)  
Normas de Intercambio de Datos y Formulario de Autorización (ROI)**

Agencia llenando este formulario: **Front Steps, Inc.**

Esta agencia recopila información acerca de las personas que preguntan sobre nuestros servicios para las personas sin hogar. Cuando nos reunimos con usted, le pediremos información sobre usted y su familia. Pondremos la información que usted nos da en un programa informático llamado Bowman Systems ServicePoint (HMIS).

Todos los datos de HMIS se almacenan en un sistema informático. Su información será compartida con todas las agencias utilizando el programa HMIS para ayudarle a obtener servicios de forma más rápida y sencilla. Una lista de todas las agencias actualmente utilizando el programa HMIS está en la página siguiente de este formulario, y usted puede pedir una copia nueva en cualquier momento.

La información personal que compartimos puede incluir:

- Información de identificación personal (su nombre, número de seguro social y fecha de nacimiento)
- La información demográfica (raza, etnicidad, y género)
- Los miembros de su hogar
- Sus ingresos y de donde vienen
- Historial de empleo
- Servicios que ha solicitado o ha recibido
- Historial militar
- Si usted tiene hogar
- Historia de vivienda y situación actual
- Razones para la búsqueda de servicios
- Historial de la educación
- Las necesidades de salud reportados por usted

Usted tiene el derecho de negarse a contestar **cualquier** pregunta en **cualquier** momento incluyendo preguntas acerca de las cosas mencionadas arriba. Nunca se le negará ayuda porque usted no contestó una pregunta, a menos que necesitamos esa información para saber si usted califica para un servicio.

For Organization use only (initial all that apply)

( ) The Client received a telephonic explanation of this form. Staff obtained telephonic acknowledgement of HMIS Data

Sharing Policy and documented that consent with the staff signature on this form.

( ) The Client wishes to remain anonymous within HMIS.

( ) An authorized representative completed this consent for the Client. A description of their right to do so is attached.

( ) Other: \_\_\_\_\_.

No vamos a guardar o compartir registros de tratamiento sobre la salud mental, HIV/SIDA, o del tratamiento de abuso de drogas, alcohol, u otras sustancias a menos que usted nos dé permiso.

También podremos compartir algunos de sus datos de HMIS con agencias que no utilizan nuestro sistema ("agencias exteriores") para diferentes informes sobre las personas sin hogar. Información personal que le identifique sólo será puesto en esos informes si tenemos su permiso por escrito, o si es un requisito legal que nos permite u obliga compartir esa información sin permiso.

\_\_\_\_\_ Favor ponga sus iniciales aquí para demostrar que usted ha leído y entiende las reglas anteriores.

### **Autorización para la Divulgación de Información Personal**

Además del intercambio de la información anterior, también podemos:

- Dejar a las agencias de HMIS compartir y discutir su información personal fuera del sistema informático para ayudarle obtener los servicios;
- Dejar a las agencias de HMIS compartir y discutir su información personal fuera del sistema informático para la investigación, elaboración de informes y coordinación de servicios;
- Dejar a las agencias de HMIS que pongan registros de tratamiento sobre la salud mental, HIV / SIDA, o del tratamiento de abuso de drogas, alcohol, u otras sustancias en nuestro sistema informático como parte de su Información Personal

Por favor, piense en la siguiente información antes de tomar sus decisiones:

- Información personal que le identifique sólo será compartida con las agencias exteriores si tenemos su permiso por escrito, o si la ley nos permite o nos obliga a compartir esa información sin permiso.
- Si usted nos da permiso para poner registros de tratamiento relacionados a la salud mental, HIV / SIDA, o del tratamiento de abuso de drogas, alcohol, u otras sustancias en nuestro sistema informático, compartiremos esa información igual que su otra información personal.
- Una lista de todas las agencias, que actualmente usan el programa HMIS, está al final de esta página. Cualquier agencia que no está en esa lista se considera una agencia externa. Otras agencias pueden unirse a esta lista en el futuro y compartir su información como las agencias corrientes de HMIS. Usted puede solicitar una lista actualizada de las agencias actuales de **cualquier** agencia en cualquier momento.

For Organization use only (initial all that apply)

( ) The Client received a telephonic explanation of this form. Staff obtained telephonic acknowledgement of HMIS Data

Sharing Policy and documented that consent with the staff signature on this form.

( ) The Client wishes to remain anonymous within HMIS.

( ) An authorized representative completed this consent for the Client. A description of their right to do so is attached.

( ) Other: \_\_\_\_\_.

- Algunos de sus datos personales pueden estar protegidos adicionalmente por las leyes de privacidad estatal y federal. Las agencias que deben seguir estas leyes pueden necesitar un permiso adicional para recopilar o compartir parte de su información.
- Cuando compartimos su información con una agencia externa, esa agencia a veces puede compartir con otras agencias externas si la ley dice que pueden.
- Su permiso para compartir su información actual e histórica tendrá una duración de siete años desde la fecha en que firmó el formulario de autorización (ROI).
- Usted puede cancelar este permiso en cualquier momento mediante el envío de una carta escrita a la agencia donde usted llenó este formulario. Puede tomar hasta tres días laborables para procesar esta carta de cancelación.
- Este consentimiento es voluntario. No se le negara los servicios si usted se niega a firmar este formulario de consentimiento.

**Agencias Corrientes Utilizando el Sistema HMIS:**

- |  |   |
|--|---|
| • AIDS Services of Austin              | • City of Austin                            |
| • Foundation for the Homeless          | • Ending Community Homelessness Coalition   |
| • A New Entry                          | • Family Eldercare                          |
| • Front Steps                          | • Foundation Communities                    |
| • Any Baby Can                         | • Saint Louise House                        |
| • Goodwill Industries of Central Texas | • Salvation Army                            |
| • The Arc of the Capital Area          | • Texas Department of State Health Services |
| • Green Doors                          | • The Wright House Wellness Center          |
| • Austin Free-Net                      | • UT-School of Social Work Research Dept    |
| • LifeWorks                            |   |
| • Austin Travis County Integral Care   |   |
| • Blackland CDC                        |   |
| • Meals on Wheels and More             |   |
| • Mobile Loaves and Fishes             |   |
| • Caritas of Austin                    |   |
| • SafePlace                            |   |
| • Casa Marianella                      |   |
| • Catholic Charities of Central Texas  |   |

For Organization use only (initial all that apply)

( ) The Client received a telephonic explanation of this form. Staff obtained telephonic acknowledgement of HMIS Data

Sharing Policy and documented that consent with the staff signature on this form.

( ) The Client wishes to remain anonymous within HMIS.

( ) An authorized representative completed this consent for the Client. A description of their right to do so is attached.

( ) Other: \_\_\_\_\_.

Favor escriba sus iniciales abajo si usted quiere poner registros de tratamiento sobre la salud mental, HIV / SIDA, o del tratamiento de abuso de drogas, alcohol, u otras sustancias en nuestro sistema informático como parte de su información personal. Compartiremos esta delicada información de salud a los tipos de registros que usted nos indique a continuación.

\_\_\_\_\_ Registros de Tratamiento de la Salud Mental

\_\_\_\_\_ Resultado de prueba de HIV/AIDS / Tratamiento

\_\_\_\_\_ Registros del tratamiento de abuso de drogas, alcohol, u otras sustancias

Por favor de escoja uno:

\_\_\_ Sí, todas las Agencias de HMIS pueden compartir y discutir mi información personal y de mi familia fuera del sistema informático para que nos ayude dar los servicios. También pueden compartir esa información con agencias externas para la investigación, elaboración de informes y coordinación de servicios.

\_\_\_ NO, no quiero que las Agencias de HMIS compartan y discuten mi información personal fuera del sistema informático. Yo tampoco quiero que información personal que me identifique se pueda usar para los informes o investigaciones externas. Agencias de HMIS sólo puede compartir la información en el sistema informático para preguntas que opto por responder.

(Nombre de Cleinte) \_\_\_\_\_

(Nombre de Dependientes) \_\_\_\_\_

Firma de cliente o representante: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

Firma del Testigo: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

For Organization use only (initial all that apply)

( ) The Client received a telephonic explanation of this form. Staff obtained telephonic acknowledgement of HMIS Data

Sharing Policy and documented that consent with the staff signature on this form.

( ) The Client wishes to remain anonymous within HMIS.

( ) An authorized representative completed this consent for the Client. A description of their right to do so is attached.

( ) Other: \_\_\_\_\_.

**Sección para Agencias Opcionales:** Si eligió si, usted puede también optar por dejar que las agencias de HMIS comparten y hablen de su información personal con agencias externas o individuos fuera del sistema informático para coordinar los servicios. Si usted quiere hacer eso, por favor inicial de sus opciones a continuación.

<input type="checkbox"/> Austin Police Department <input type="checkbox"/> Austin Recovery <input type="checkbox"/> Capital of Texas Workforce (WorkSource) <input type="checkbox"/> CommUnity Care Health Centers <input type="checkbox"/> Dept. of Assistive & Rehabilitative Services <input type="checkbox"/> Housing Authority—City of Austin (HACA) <input type="checkbox"/> Seton/Brackenridge Hospitals <input type="checkbox"/> Social Security Administration	<input type="checkbox"/> St. David's Hospitals <input type="checkbox"/> Texas Rio Grande Legal Aid <input type="checkbox"/> Housing Authority of Travis County (HATC) <input type="checkbox"/> Trinity Center <input type="checkbox"/> Veteran's Administration <input type="checkbox"/> Other: _____ <input type="checkbox"/> Other: _____ <input type="checkbox"/> Other: _____
<input type="checkbox"/> Contact Person: _____ <div style="text-align: center;">(Name/Relationship to client)</div>	
<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <span>_____ (Phone Number/Email)</span> <span>_____ (Address)</span> </div>	

For Organization use only (initial all that apply)

( ) The Client received a telephonic explanation of this form. Staff obtained telephonic acknowledgement of HMIS Data

Sharing Policy and documented that consent with the staff signature on this form.

( ) The Client wishes to remain anonymous within HMIS.

( ) An authorized representative completed this consent for the Client. A description of their right to do so is attached.

( ) Other: \_\_\_\_\_.

**Consentimiento para divulgar información - Refugio ARCH Actualizado: 09-29-15**

Nombre impreso del cliente: \_\_\_\_\_ ID #: \_\_\_\_\_  
Nombre Apellido ID de ServicePoint

Front Steps se adhiere a una estricta política de confidencialidad. La identidad de todos los clientes y todos los registros y / o información relevantes se mantendrán estrictamente confidenciales, con las siguientes excepciones:

- 1) En los casos en que la ley nos exige que informemos sobre el maltrato de niños, adultos o ancianos.
- 2) En los casos en los que informa que está en peligro de hacerse daño a sí mismo oa otros.
- 3) Cuando nos haya autorizado por escrito para divulgar información sobre usted.

Tenga en cuenta que el personal de Front Steps trabaja en equipo y puede discutir periódicamente los casos de los clientes.

Para poder asistirlo mejor mientras continúa trabajando para alcanzar sus metas, puede ser útil que el personal de Front Steps divulgue información sobre usted a otras agencias de servicios sociales en las que está involucrado o en las que está buscando ayuda.

**Emergencias**

Para que Front Steps pueda facilitar mejor los servicios durante una situación de emergencia, el personal puede compartir la siguiente información médica con el personal médico.

Alergias (médicas, alimenticias, etc.): \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Otros problemas médicos: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

En caso de emergencias, \_\_\_\_ permito \_\_\_\_ NO permito que Front Steps comparta información médica con uno o ambos de los contactos de emergencia que se enumeran a continuación. Una emergencia puede incluir, pero no se limita a hospitalización, encarcelamiento, deportación, muerte u otra situación que de otra manera podría dejarlo incapacitado.

Contacto de emergencia # 1

Nombre completo: \_\_\_\_\_

Relación con el cliente: \_\_\_\_\_

Teléfono Principal: ( ) \_\_\_\_\_

Teléfono alternativo: ( ) \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad, Estado, Código Postal: \_\_\_\_\_ Contacto de Emergencia # 2

Nombre completo: \_\_\_\_\_

Relación con el cliente: \_\_\_\_\_

Teléfono Principal: ( ) \_\_\_\_\_

Teléfono alternativo: ( ) \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Código postal: \_\_\_\_\_

X \_\_\_\_\_ fecha: \_\_\_\_\_

(Firma del cliente)

**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**

<input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N	SNAP (Food Stamps)	_____	\$ _____
<input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N	WIC	_____	\$ _____
<input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N	TANF Child Care	_____	\$ _____
<input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N	TANF Transportation	_____	\$ _____
<input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N	Other TANF Services	_____	\$ _____
<input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N	Other	_____	\$ _____

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

HMIS Intake Form, HE Form &amp; 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 &amp; 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: \_\_\_\_\_



**Ciudad de Austin**  
**SOLUCIONES DE EMERGENCIA SUBVENCIÓN (ESG)**  
**FORMULARIO DE ELEGIBILIDAD PARA PERSONAS SIN HOGAR**

**ESG ELEGIBILIDAD CATEGORÍA: (marque sólo una)**

*NOTA: La forma no está completa a menos que el cliente y el personal han firmado la segunda cara del documento.*

☐
**Categoría 1- Literalmente sin hogar**

- (1) Persona o familia que carece de una residencia nocturna, fija, regular y adecuada, es decir:
- Un individuo o una familia con una residencia primaria nocturna que es un lugar público o privado no designado ni usado regularmente como un alojamiento frecuente para dormir para seres humanos, incluyendo un carro, el parque, un edificio abandonado, estación de tren u autobuses, el aeropuerto o un campamento; o
  - Un individuo o una familia viviendo en un albergue supervisado y manejado públicamente o privadamente que es designado para proveer alojamiento temporal (incluyendo albergues congregados, alojamiento transitorio, y hoteles y moteles pagados por organizaciones de caridad o por programas del gobierno federal, estatal y local para individuos de bajos ingresos); o
  - Un individuo saliendo una institución donde ha residido 90 días o menos y quien residía en un refugio de emergencia o lugar no adecuado para la habitación humana inmediatamente antes de entrar a la institución.

**DOCUMENTACIÓN NECESARIA PARA PREFERENTE DE HUD:**

- \_\_\_\_ Tercera parte/escrito:
- o Si desvenado: Derivación escrito por alcance en las calles, la policía, el ccsme (EMS), u otro registro refugio, o certificación desamparados; o
  - o Si resguardado/saliendo de una institución: HMIS registro refugio, o una certificación sin hogar, o la remisión de los servicios de vivienda u otro proveedor de la vivienda; o
- \_\_\_\_ Observación por escrito por parte del personal del refugio; o
- \_\_\_\_ Auto certificación por el individual o jefe de la familia quien solicitar asistencia indicando que él estaba viviendo en las calles o en refugios;
- \_\_\_\_ Por individuales saliendo una institución- una de las formas de evidencia anterior y:
- o Papeleo de descarga o derivación escrito/oral, o
  - o Registro escrito de diligencia de admisión del trabajador para obtener pruebas y certificación por la persona que salían institución.

☐
**Categoría 2- Riesgo inminente de faltar hogar**

- (2) Individual o familia quien perderá inminentemente su residencia primaria, a condición de que:
- La nocturna primaria se perderá dentro de 14 días de la fecha de aplicación por asistencia a los desamparados; y
  - La próxima residencia no se ha encontrado; y
  - El individual o familia no tiene los recursos o redes de apoyo necesarios obtener otra vivienda permanente (p. ej., redes sociales de familia, amistad, religión u otras).

**DOCUMENTACIÓN NECESARIA:**

- \_\_\_\_ Una orden judicial como resultado de una acción de desalojo notificación a la persona o la familia que tienen que dejar; o
- \_\_\_\_ Por individuales o familias saliendo de hotel o motel- prueba que no tiene los recursos financieros quedar; or
- \_\_\_\_ Una declaración oral documentada y verificada; y
- o Certificación que la próxima residencia no se ha encontrado; y
  - o Auto certificación u otra documentación escrita que el individuo carece de los recursos financieros y el apoyo necesarios para obtener una vivienda permanente.

**N/A Categoría 3- Indigente bajo otros estatutos federales – Exclusión Categoría**
☐
**Categoría 4- Huyendo / el intento de huir de la violencia doméstica**

- (4) Categoría 4 debería ser usado únicamente cuando el individuo/hogar NO cumple cualquier otra categoría pero están sin hogar solamente porque están huyendo de la violencia doméstica. Categoría 4 incluye cualquier individuo o familia quienes:
- Están huyendo, o están intentando de huir de la violencia doméstica, violencia en el noviazgo, abuso sexual, el acoso, u otras condiciones peligrosas o amenazadoras a la vida que se relacionan a la violencia contra el individuo o un miembro de familia, incluyendo un niño, que ha transcurrido dentro de la residencia primaria nocturna del individuo o de la familia, o que han causado que el individuo o la familia tienen miedo de retornar a su residencia primaria nocturna; y
  - No tiene otra vivienda; y
  - Falta los recursos o redes de apoyo necesarios obtener otra vivienda permanente (p. ej., redes sociales de familia, amistad, religión u otras).

**DOCUMENTACIÓN NECESARIA:**
**Para los proveedores de servicios para víctimas:**

- \_\_\_\_ Una declaración oral por el individuo o jefe de familia buscando asistencia que dice: son huyendo, no tienen residencia posterior; y falta los recursos. Declaración debe ser documentada por un auto certificación o certificación por parte del trabajador de admisión.

**Para los proveedores de servicios no víctimas:**

- \_\_\_\_ Declaración oral por el individuo o jefe de la familia buscando asistencia que están huyendo. Esta declaración es documentado por auto certificación o por el administrador de caso. Donde no se pone en peligro la seguridad de la persona o familia, la declaración debe ser verificado; y
- \_\_\_\_ Certificación por la persona o jefe de la familia que vivienda posterior no ha sido identificado; y
- \_\_\_\_ Auto certificación u otro documento escrito que el individuo falta los recursos y apoyo necesaria para obtener vivienda permanente.

**NOTA EN JULIO DE 2012: NUEVAS REGULACIONES PUEDEN CAMBIAR LA SIGUIENTE SECCIÓN.****¿Este cliente también cumplir con los siguientes definición de una persona sin techo crónicos?**

El Departamento de Vivienda y Desarrollo Urbano (HUD) define a una persona crónicamente sin hogar como: (1) Un "individuo sin hogar con una discapacidad", como se define en la sección 401 (9) de la Ley de Asistencia para Personas sin Hogar McKinney-Vento (42 USC 11360 (9)), que:

(i) vive en un lugar no destinado para la habitación humana, un refugio seguro, o en un refugio de emergencia; y  
 (ii) ¿Ha sido personas sin hogar y la vida tal como se describe en (i) del párrafo (1) de esta definición de forma continua durante al menos 12 meses o por lo menos en 4 ocasiones diferentes en los últimos 3 años, siempre y cuando las ocasiones combinados equivalen al menos 12 mes y cada pausa en la falta de vivienda que separa las ocasiones incluyen un mínimo de 7 noches consecutivas de no vivir como se describe en el párrafo (1) (i).

Estancias en centros de atención institucional para menos de 90 días no constituirán como una ruptura en la falta de vivienda, sino que dichas estancias se incluyen en el total de 12 meses, siempre y cuando el individuo estaba viviendo o reside en un lugar no destinado para la habitación humana, un refugio seguro, o un refugio de emergencia inmediatamente antes de entrar en las instalaciones de atención institucional;

(2) Una persona que ha estado residiendo en un centro de atención institucional, incluyendo una cárcel, abuso de sustancias o centro de tratamiento de salud mental, hospital u otro establecimiento similar, por menos de 90 días y cumplió con todos los criterios del párrafo (1) de esta definición, antes de entrar en esa instalación; o

(3) Una familia con una cabeza de adulto de la casa (o si no hay un adulto en la familia, un menor en la cabeza de familia) que cumple con todos los criterios del párrafo (1) o (2) de esta definición, incluyendo una familia cuya composición ha variado, mientras que el jefe de hogar ha estado sin hogar.

☐ SI ☐ NO ☐ NO LO SÉ

En caso afirmativo, a continuación, proporcione la información del cliente se solicita a continuación:

**HISTORIA DE VIVIENDA PARA PERSONAS CRÓNICAMENTE DESAMPARADO***Año más reciente*

Mes / Año	Descripción del desamparo

*Segundo Año*

Mes / Año	Descripción del desamparo

*Tercero Año*

Mes / Año	Descripción del desamparo

La declaración anterior de mi estado sin hogar es verdadera y completa.

\_\_\_\_\_  
*Nombre de Cliente (Impreso)*

\_\_\_\_\_  
*Firma de Cliente*

\_\_\_\_\_  
*Fecha*

**FOR INTAKE STAFF ONLY:**

Verification Methods: Describe methods to obtain third party documentation (shelter records; outreach programs; medical services; law enforcement; etc.). Describe the outcome of the efforts to obtain documents: \_\_\_\_\_

The above statements regarding this client's ESG homeless eligibility is true and complete to the best of my knowledge. I have attempted to obtain third party documentation to the best of my ability.

\_\_\_\_\_  
*Intake Staff Name (Printed)*

\_\_\_\_\_  
*Intake Staff Signature*

\_\_\_\_\_  
*Date*

**Self-Certify for Homeless Eligibility Form****PY 2019**

Nombre de Cliente: \_\_\_\_\_

ServicePoint #: \_\_\_\_\_

**Autocertificación de la gente sin hogar por HUD:***Tenga por favor la caja inicial del cliente para la categoría más apropiada*

- ☐ Cliente que vive en lugares no destinados a la vivienda humana **o** en un refugio. (**Cat. 1 Par. 3**)  
(*por favor, adjunte los registros actuales de refugio si el se hospeda en nuestro refugio, los registros de refugio deben ser de día o de noche.*)
- ☐ Declaración escrita de que el cliente está huyendo o intentando huir de la violencia doméstica y no se ha identificado ninguna residencia posterior y el cliente carece de recursos financieros y de apoyo para obtener vivienda permanente. (**Cat. 4**)  
**\* También documente la declaración oral abajo\***
- ☐ La residencia se perderá dentro de 14 días y no se ha identificado ninguna residencia posterior y el cliente carece de recursos financieros y apoyo para obtener vivienda permanente. (**Cat. 2**)
- ☐ Cliente salió de una institución pública  
**\* También necesita prueba de la forma de diligencia debida \***

Yo mismo Certifico que yo \_\_\_\_\_

**Autocertificación de crónicamente sin hogar:**

El Departamento de vivienda y desarrollo urbano de los Estados Unidos (HUD) define a una persona crónicamente sin hogar como:

**1)** Un "individuo sin hogar con una discapacidad", tal como se define en la sección 401 (9) de la ley de asistencia para vagabundos McKinney-Vento (42 U.S.C. 11360 (9)), que:

- (i) Vive en un lugar no destinado a la vivienda humana, a un refugio seguro o en un refugio de emergencia; y
- (ii) Ha estado sin hogar y viviendo como se describe en el párrafo (1) (i) de esta definición continuamente durante al menos 12 meses o en al menos 4 ocasiones separadas en los últimos 3 años, siempre y cuando las ocasiones combinadas sean iguales al menos 12 meses y cada ruptura en la falta de vivienda separar las ocasiones incluidas por lo menos 7 noches consecutivas de no vivir como se describe en el párrafo (1)(i).

[las estancias en centros de atención institucional por menos de 90 días no constituirán una ruptura en la falta de vivienda, sino que dichas estancias se incluirán en el total de 12 meses, siempre que el individuo viviera o residiera en un lugar no destinado a la habitación humana, un refugio seguro, o un albergue de emergencia inmediatamente antes de entrar en el centro de atención institucional]; o

(2) un individuo que ha residido en un centro de atención institucional, incluyendo una cárcel, un abuso de sustancias o un centro de tratamiento de salud mental, un hospital u otra instalación similar, por menos de 90 días y cumplió todos los criterios del párrafo (1) de esta definición, antes de entrar en esa instalación; o

(3) Una familia con un cabeza de familia adulta (o si no hay un adulto en la familia, un jefe de hogar menor) que cumpla con todos los criterios del párrafo (1) o (2) de esta definición, incluida una familia cuya composición ha fluctuado mientras que la cabeza de familia ha estado sin hogar..

☐ **Sí**      ☐ **NO**      ☐ **Cliente no sabe**

*\* Cada episodio (s) de falta de vivienda ha sido documentado en la forma de elegibilidad*

**Self-Certify for Homeless Eligibility Form**

**PY 2019**

Al firmar a continuación Certifico que la información presentada en esta certificación es verdadera y correcta a lo mejor de mi conocimiento.

---

*Firma de Cliente*

---

*Fecha*

---

*Nombre impreso del personal/de la firma del testigo*

---

*Firma de personal/testigo*

## Reglas de refugio y acuerdo de comportamiento

Nombre impreso completo del cliente: \_\_\_\_\_ ServicePoint Numero \_\_\_\_\_

Se espera que todos los clientes, personal, voluntarios y huéspedes del Arch se adhieran a las reglas y pautas de comportamiento establecidas dentro del refugio. También se espera que cada uno siga todas las directivas del personal.

### Proceso de quejas del cliente

El formulario de informe del cliente debe utilizarse para cualquier problema de refugio que un cliente considere que necesita corrección, mejora, notificación o atención. Este proceso también puede utilizarse para apelar una decisión tomada en el personal o en la terminación de los servicios. El problema puede involucrar a un empleado de refugio, espacio de refugio o materiales, pólizas de refugio u otros clientes de refugio.

Una visión general del proceso:

1. el cliente debe hablar primero con el Gerente del departamento correspondiente para ver si el problema puede resolverse.
2. Si el administrador en servicio no puede resolver el problema o si el administrador de servicio recomienda que el cliente complete un formulario de informe de cliente, el cliente debe hacerlo y colocarlo en el cuadro de presentación
3. Los formularios se recopilarán semanalmente y se distribuirán al administrador adecuado para el seguimiento
4. Si el cliente no está satisfecho con el resultado, puede solicitar que el informe sea revisado por el Director Ejecutivo.
5. Si el cliente todavía no está satisfecho con el resultado, puede solicitar que el informe sea revisado por el Comité de Apelaciones de la Junta de directores de Steps delanteros.
6. La decisión del Comité de apelaciones será la decisión final de la Agencia.

\* para obtener detalles completos sobre la política del proceso de quejas de los clientes, por favor vea los procedimientos operativos estándar de las operaciones de refugio.

Los pasos delanteros no toleran represalias a los reportes presentados por cualquiera de sus empleados, voluntarios o clientes.

### Procedimientos de personalización del cliente

Clientes que decidan quebrantar las reglas y/o decidan no seguir la Directiva del personal se les puede pedir que se vayan y regresen para el personal. El personal es una reunión entre el cliente y un encargado del abrigo. Se discute el incidente y se determina cualquier acción disciplinaria. las longitudes de la suspensión

Varían según la infracción. En caso de que se pida a un cliente que abandone el refugio, se le puede pedir que vuelva para el personal. El cliente debe esperar un mínimo de 24 horas antes de volver para hablar con un manajador.

### **Terminación de los servicios**

En casos de mal comportamiento de clientes extremos, los pasos delanteros pueden optar por rescindir los servicios emitiendo una advertencia de infracciones criminales (CTW). Al emitir un CTW, Front Steps está terminando el acceso del cliente a todos los servicios ofrecidos en la propiedad en el Arch. Será una ofensa criminal para que el cliente esté en la característica mientras que CTW está en efecto.

El cliente debe participar en una sesión de personal para poder regresar a la propiedad y recuperar el acceso a los servicios después de la fecha de finalización de la el CTW aplicable.

### **Acuerdo de cliente**

Entiendo que como cliente de los pasos delanteros, y participando en programas en el centro de recursos de Austin para los desamparados, se espera que cumpla con las reglas y pautas de conducta establecidas por la Agencia. Entiendo que estas reglas y directrices pueden ser actualizadas por las operaciones de refugio de pasos delanteros según sea necesario, y que es mi responsabilidad estar al tanto de las contabilizaciones dentro de las instalaciones que me notifiquen de estos cambios.

X \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

## Nuevo acuerdo de tarjeta de HMI

Nombre impreso completo del cliente: \_\_\_\_\_ ServicePoint Numero \_\_\_\_\_

Yo entiendo que

Inicial cada estado de cuenta

\_\_\_\_\_ La tarjeta es propiedad de la Agencia

\_\_\_\_\_ La tarjeta se emite para ayudar en la identificación del Tarjetahabiente válido y se presentará al personal de la Agencia de para la utilización de servicios (servicios incluyen la entrada en el edificio) que se me ofrece

\_\_\_\_\_ La tarjeta no es transferible. Alterar o dañar intencionalmente mi tarjeta, usar la tarjeta de otra persona, o permitir que mi tarjeta sea usada por otra persona resultará en una acción disciplinaria.

\_\_\_\_\_ La tarjeta es solamente válida mientras que soy un cliente registrado (7 años a partir del último día de servicios usados)

\_\_\_\_\_ La fotografía tomada para la tarjeta HMI debe ser perceptible (es decir, sin sombreros, sin gafas de sol, y sin elementos oscureciendo la cara, etc.)

\_\_\_\_\_ Soy responsable de seguir los procedimientos de reemplazo descritos a continuación para reemplazar mi tarjeta si se pierde, se roba o se daña intencionalmente.

**Como cortesía, la Agencia reemplazará su tarjeta con fines de desgaste natural y/o desactivación.**

### **Procedimientos de tarjeta de reemplazo:**

Primer reemplazo:

**Gratis**

Segundo reemplazo

**Dos horas de servicio de comunidad**

3 o más reemplazo

**4 horas de servicio de comunidad**

Las horas de servicio comunitario deben ser completadas a través del programa de restitución del servicio comunitario de Steps delanteros para reemplazar una tarjeta de identificación de HMI perdida, robada o dañada intencionalmente

Como el cliente mencionado anteriormente, acepto cumplir con las políticas indicadas anteriormente en este documento. Además, me entender que las políticas en el acuerdo de tarjeta pueden ser actualizadas por el personal según sea necesario, y que es mi responsabilidad estar al tanto de las contabilizaciones dentro de la instalación que me notifique de estos cambios.



Nuevo acuerdo de tarjeta de HMI

X \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_