

**SIN VIVIENDA/VIVIENDO CON FAMILIA O AMIGOS**

Hogares amenazados con violencia doméstica y hogares con individuos con VIH/SIDA: NO FIRMEN LA FORMA

LUGAR DE ENCUESTA \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_

Si un individuo se está quedando en un programa, no use esta forma, su información será colectada en el programa.

A. *lugar: ¿Dónde se quedó anoche? (marque una que aplica a su hogar)	
<input type="radio"/> afuera (calle, carpa, etc.)	<input type="radio"/> Viviendo con familia/amigos temporariamente
<input type="radio"/> Vehículo	<input type="radio"/> En hospital/Desintoxicación/ Otra facilidad †
<input type="radio"/> Edificio abandonado	<input type="radio"/> En cárcel
<input type="radio"/> Estructura cual le falta alguno de los siguientes servicios <small>Agua potable, baño, calefacción, cocina</small>	†no considerado sin vivienda para el conteo PIT por HUD; Opcional

B. *Sin hogar crónico & tiempo sin hogar
¿Usted o alguien en su hogar a estado sin hogar por un año o más? <input type="radio"/> si (seguir a la sección de información del hogar) <input type="radio"/> No
¿Usted o alguien en su hogar a estado sin hogar 4 veces o más en los últimos 3 años? <input type="radio"/> No (seguir a la sección de la información del hogar) <input type="radio"/> si
Los episodios, todos juntos, ¿suman a más de un ano? <input type="radio"/> si <input type="radio"/> No

C. *información del hogar														
(por favor liste a todos los miembros del hogar. Use una forma adicional si tiene más de cuatro miembros en su hogar)														
i. Ultima ciudad permanente _____ código postal _____				v. Discapacidades										
Relación a cabeza de hogar (si aplica) esposo/ Pareja/ hijo(a)/Etc.	ii.		iii.	iv. Población Data				Marque todos los que aplican						
	nombre	apellido	Fecha de nacimiento (si rehúsa; año de nacimiento)	Genero <sup>1</sup>	Raza <sup>2</sup> (marque todos los que aplican)	Etnicidad (Hispano(H) o no hispano N))	Sobreviviente de violencia domestica	veterano	Abuso de drogas crónico	Incapacidad física (permanente)	desarrollo	Salud mental (largo plazo)	Condición de salud crónica (Incapacitado)	VIH/SIDA
yo														

<sup>1</sup>Hombre (H), Mujer (M), Transgénico hombre a mujer (THM), Transgénico Mujer a Hombre (TMH), no identificado como H, M o T (D), Data no colectada (R)  
<sup>2</sup>Blanco (B), afro-americano (AA), asiático (A), indio americano o Nativo de Alaska (I), nativo de Hawái o nativo isleño pacifico (H),Data no colectada

D. Circunstancias que lo causaron estar sin hogar (marque todas las que apliquen)			
Vivienda/ económica		Sistema/legal	
<input type="checkbox"/> Perdida de trabajo/ desempleo	<input type="checkbox"/> Dado de alta del hospital & facilidad medica	<input type="checkbox"/> Salud mental	<input type="checkbox"/> Conflicto de familia
<input type="checkbox"/> Desalojo/ perdida de casa	<input type="checkbox"/> Cumplido con el Sistema de justicia criminal/juvenil	<input type="checkbox"/> Enfermedad mental	<input type="checkbox"/> Violencia domestica
<input type="checkbox"/> Falta de capacitación laboral/no puede trabajar	<input type="checkbox"/> Envejecido fuera del cuidado temporal	<input type="checkbox"/> Salud física/Incapacidad	<input type="checkbox"/> Guardián de salud mental/ abuso de drogas
<input type="checkbox"/> Falta de cuidado de niños	<input type="checkbox"/> Costos médicos	<input type="checkbox"/> Abuso de alcohol/ droga	<input type="checkbox"/> Rechazo de familia/ expulsado del hogar
		<input type="checkbox"/> enfermedad	<input type="checkbox"/> Abuso/ negligencia

E. Fuente de ingresos y beneficios (marque todos los que apliquen)		<input type="checkbox"/> Rehusó contestar	<input type="checkbox"/> No se
Asistencia pública/ beneficios		Empleo	Otro
<input type="checkbox"/> TANF	<input type="checkbox"/> VA	<input type="checkbox"/> Tiempo Parcial	<input type="checkbox"/> ninguno
<input type="checkbox"/> SSI	<input type="checkbox"/> Manutención de los hijos	<input type="checkbox"/> Tiempo completo	<input type="checkbox"/> Pidiendo ayuda
<input type="checkbox"/> Incapacidad temporaria	<input type="checkbox"/> Medicare/Medicaid	<input type="checkbox"/> agricultor/temporal	<input type="checkbox"/> Familiares/ amigos
<input type="checkbox"/> Desempleo	<input type="checkbox"/> Soc. Sec.	<input type="checkbox"/> Bajo la mesa/ informal	<input type="checkbox"/> Otros

\* indica información que HUD requiere para el conteo PIT. Todas las respuestas para la encuesta de individuos son voluntarias.

### Permiso del Cliente para Obtener información

Estado de Washington HMIS para el conteo de Point in Time

**IMPORTANTE:** no entre información que identifica a HMIS de clientes que están en 1) agencias de VD o; 2) en riesgo de violencia doméstica, violencia de pareja, abuso sexual o situación de asecho 3) servidos de un programa que requiere revelación de VIH/SIDA (i.e.; HOPWA); o 4) menor de 18 años sin un padre o guardián disponible de proveer información del menor a HMIS.

Si esto aplica a usted, **PARE- no firme esta forma.**

Esta agencia participa en el programa sistema de información de gestión sin hogar del estado de Washington colectando información sobre las características y servicios necesitados de hombres, mujeres, y niños sin vivienda. **RCW 43.185C.180**

- Para proporcionar el servicio más efectivo de personas sin viviendas a un hogar permanente, ocupamos el conteo preciso de personas sin viviendas en el estado de Washington. Para asegurar que los clientes no sean contados dos veces, necesitamos coleccionar cuatro piezas de información personal. Especialmente, ocupamos: **nombre, fecha de nacimiento, raza, y última dirección permanente.** usted puede dar su número de seguro social. Sin embargo, firmando esta forma no lo requiere. Su información será guardada en nuestra base de datos por 7 años. Si tiene preguntas sobre la colección de data y sus derechos sobre su información, llame al administrador del sistema HMIS al: (360) 725-2982
- **Nosotros** usamos pólizas de seguridad estrictas diseñadas para proteger su privacidad. Nuestro sistema de computadoras es altamente seguro y usa características de protección como cifrado de datos, claves, y comprobantes de identidad para cada usuario. Hay un riesgo pequeño de violación de seguridad de que alguien puede obtener su información personal. Si usted sospecha de información en HMIS que está siendo usada malamente inmediatamente llame al administrador del sistema de HMIS al: (360) 725-2982
- **Los datos** que proporcione serán combinados con los del departamento de servicios sociales y salud DSHS) con el propósito de análisis más extenso. Su nombre y otra información que lo identifica, no será incluida en ningún reporte o publicaciones. Solo un número limitado de trabajadores, quienes han firmado un contrato de confidencialidad, podrán ver esta información. Su información no será usada para determinar elegibilidad para programas de DSHS. Los administradores del programa HMIS del estado de Washington tienen acceso completo a toda la información en HMIS. Esto incluye los trabajadores del departamento de comercio, y los administradores designados del sistema HMIS, y el proveedor de software.
- **Firmando esta forma**, usted reconoce y permite al departamento de comercio obtener records adicionales de información de otras agencias de otros estados, donde hay contratos de información compartida. Nuestro acuerdo de intercambio de datos, datos transferidos y protocolos de seguridad de almacenamiento. Si hay acuerdos de intercambio, comercio puede obtener, agregar HMIS, y usar para evaluar otros datos que usted haiga dado a otras agencias en el estado de Washington. Su decisión en participar en HMIS no afectará la cantidad o cualidad de servicios que usted está elegible de esta agencia, y no será negado asistencia de vivienda o servicios de emergencia. Sin embargo, si, si pide participar, servicios en la región pueden mejorar si tenemos información precisa de hogares sin vivienda y servicios necesitados. Además, algunos financiadores pueden requerir su permiso para obtener información que lleno para HMIS, para recibir servicios de esa fuente de financiamiento.

Yo entiendo las declaraciones anteriores y doy mi consentimiento a la inclusión de información personal para HMIS sobre mí y mis dependientes, y autorizo esta información coleccionada sea compartida con agencias. Yo entiendo que mi información no se hará pública y será usada con fidelidad. Yo entiendo que puedo retirar mi consentimiento llenando la forma 'consentimiento de revocación de cliente con esta agencia.

Yo estoy de acuerdo con la inclusión de la información de mi hogar para propósitos del conteo escritos en la divulgación de esta forma.

Firma (s) (cada adulto o jóvenes legalmente emancipados deben firmar): \_\_\_\_\_

Adulto #2 (si aplica): \_\_\_\_\_

Si desea ser contactado por un proveedor de vivienda respecto a asistencia de vivienda, por favor escriba su teléfono o e-mail aquí:

\_\_\_\_\_

Gracias por ayudarnos a mejorar los servicios a las personas sin hogar