

PROGRAMAS DE VIVIENDA (EMERGENCIA/TRANSITIONAL)

¿Está el hogar huyendo activamente debido a violencia domestica?

Use la forma de permiso a rehusar VD o use esta forma pero no la firme.

UNA FORMA POR HOGAR

PARA PARTICIPANTES-- *Localización ¿Dónde te quedaste anoche?	
Nombre de programa: _____	
<input type="radio"/> Refugio de emergencia	<input type="radio"/> Programa de vivienda transicional

A. *Cantidad de Tiempo sin hogar estable	
i. ¿Ha estado usted o alguien en su familia, continuamente sin hogar por un año o más? <input type="radio"/> Si (ignore la sección de información del hogar) <input type="radio"/> No	
ii. ¿Ha estado usted o alguien en su hogar sin vivienda 4 veces o más en los últimos 3 años? <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No (ignore la sección de información del hogar)	
iii. Las veces que ha estado sin vivienda combinados, ¿han sido de un año o más? <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	
iv. ¿Hay alguna persona de las que contestaron "Si" para i o iii que esté incapacitado? <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	

B. *información del hogar													
(Favor de enlistar todos los miembros del hogar. Use una forma adicional si tiene más de cuatro miembros en su hogar) Favor de marcar el tipo de hogar en el encasillado que sigue.													
Hogar sin Niños _____			Hogar con Adultos y Niños _____			Hogares con Niños solamente _____							
1. Ultima dirección permanente Ciudad _____ Estado _____ código postal _____									v. Incapacidades				
									Marque todos los que aplican				
Relación a cabeza de hogar (si aplica) esposo/ Pareja/ hijo(a)/Etc.	ii.		iii.	iv. Población Data					Abuso de drogas crónico	Incapacidad física (permanente)	Incapacidad de desarrollo	Salud mental (largo plazo)	Condición de salud crónica (Incapacitado)
	nombre	apellido	Fecha de nacimiento (si rehúsa; año de nacimiento)	Genero ¹	Raza ² (marque todos los que aplican)	Etnicidad (Hispano(H) o no hispano N))	Huyentes de violencia domestica	veterano (Ha dado servicio Militar en los E.U)					
yo													

¹ hombre (H), mujer (F), Transgénero (THM) o Transgénero (TMH), no identificado (no exclusivamente H o M) (D) Rehúsa contestar
² blanco (W), africano-americano (B), asiático (A), Indio Americano o Nativo de Alaska(I), Nativo de Hawái u otro isleño pacifico (H), Otro (O), Múltiple (M)

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

E. Fuente de ingresos y beneficios (marque todos los que apliquen)		<input type="checkbox"/> Rehúso 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/SSDI	<input type="checkbox"/> Desempleo	<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

*** 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 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 aseo 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 a personas que están sin vivienda. **RCW 43.185C.180 y RCW 43.185C.030**

- 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, el firmar esta forma no requiere que lo haga. 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) 725-3028
- **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 que la información en HMIS está siendo usada malamente, inmediatamente llame al administrador del sistema de HMIS al: (360) 725-3028
- **Los** datos que proporcione serán combinados con los del departamento de servicios sociales y salud (DSHS) y el Centro de Investigación e Información de Educación con el propósito de hacer análisis más extensos. 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 del estado, donde hay contratos de información compartida archivada entre el Departamento de Comercio y la otra agencia. Nuestro acuerdo de intercambio de datos determina la transferencia de datos y guarda la seguridad de protocolo. Si hay un acuerdo de intercambio, el Departamento de Comercio puede obtener, agregar a 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 calidad de servicios que usted está elegible para recibir de esta agencia, y no será usado para negar asistencia, vivienda, auxilio o servicios de emergencia. Sin embargo, si usted decide participar, los 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 personal de identificación en 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 que esta información coleccionada sea compartida con agencias. Yo entiendo que mi información personal no se hará pública y será usada solo con estricta confidencialidad. Yo entiendo también que puedo retirar mi consentimiento en cualquier momento, llenando la forma de 'Consentimiento de Revocación del Cliente' con esta agencia (incluyendo formas firmadas electrónicamente).

Dependientes de 18 años o menos en el hogar, si hay alguno (favor de imprimir nombre y apellido):

 Firma del cliente (Pariente o Guardián)

 Fecha

Gracias por ayudarnos a mejorar los servicios a personas con hogares inestables