

UNIVERSAL CLIENT INTAKE FORM / FORMULARIO UNIVERSAL DE ADMISION DE CLIENTES

Form Revised: 11/3/2014 • Revision 4

FOR STAFF USE ONLY – DO NOT COMPLETE THE GRAY SECTIONS/ PARA USO DEL PERSONAL – NO LLENE LA SECCION GRIS							
Client ID #:				Today's Date:	____/____/____		
Date of Contact:	____/____/____			Date of Engagement:	____/____/____		
Location of Contact:	<input type="checkbox"/> Place not meant for habitation <input type="checkbox"/> Service Setting, non-residential <input type="checkbox"/> Service Setting, residential			Interviewed By:			
				Entered in HMIS By:			
Agency:	<input type="checkbox"/> AFHF	<input type="checkbox"/> FCAA	<input type="checkbox"/> FRM	<input type="checkbox"/> MHMA	<input type="checkbox"/> RCEHN	<input type="checkbox"/> SETON	<input type="checkbox"/> Other:

1. Name – List your first, middle, and last name, and suffix (legal names only) Nombre – Escriba su Primer nombre, Segundo nombre, apellido y sufijo (nombres legales solamente):			
First Name: Primer Nombre:	Middle Name: Segundo Nombre:	Last Name: Apellido:	Suffix: Sufijo:
2. Other names used to receive services previously/ Otros nombres que ha usado para recibir servicios anteriormente?:			
First Name: Primer Nombre:	Middle Name: Segundo Nombre:	Last Name: Apellido:	Suffix: Sufijo:

3. Social Security Number: Número de Seguro Social:	____--____--____ (000-00-0000)	4. Date of Birth: Fecha de Nacimiento:	____/____/____ (Month/Day/Year)
<input type="checkbox"/> Don't Know SS#/ No sabe # de seguro social	<input type="checkbox"/> Refused to Provide SS#/Se niega a proveer # de seguro social	<input type="checkbox"/> Don't Know DOB/ No sabe fecha de nacimiento	<input type="checkbox"/> Refused DOB/Se rehúsa a dar fecha de nacimiento

5. Current Address/Dirección Actual			
Street Address: Calle y # de apartamento:	City/Town: Ciudad:	State: Estado:	ZIP: Codigo Postal:

6. Phone Numbers and Email/ Numero de Telefono Correo electronico	
Home/Casa:	Work/Trabajo:
Cell/Celular:	Email/Correo electronico:

7. Race – Check or circle all boxes that apply/Raza – Marque uno de los siguientes (1):						
<input type="checkbox"/> American Indian or Alaska Native/ Indio Americano o Nativo de Alaska	<input type="checkbox"/> Asian/ Asiatico	<input type="checkbox"/> Black or African American/ Negro o Afro-Americano	<input type="checkbox"/> Native Hawaiian or Other Pacific Islander/Nativo Hawaiiano o Otra Isla de el Pacifico	<input type="checkbox"/> White/ Blanco	<input type="checkbox"/> Don't Know/ No Sabe	<input type="checkbox"/> Refused/ Se rehúsa a dar información

8. Ethnicity – Check or circle only one (1) box/Origen Etnico – Marque uno de los siguientes (1):			
<input type="checkbox"/> Non-Hispanic/ No-Hispano	<input type="checkbox"/> Hispanic/Latino/ Hispano/Latino	<input type="checkbox"/> Don't Know/ No Sabe	<input type="checkbox"/> Refused/ Se rehúsa a dar información

9. Gender – Check only one (1) box: Sexo – Marque uno de los siguientes (1):	<input type="checkbox"/> Female/ Mujer	<input type="checkbox"/> Male/ Hombre	<input type="checkbox"/> Transgender M ⇌ F/ Transgénero H ⇌ M	<input type="checkbox"/> Transgender F ⇌ M/ Transgénero M ⇌ H	<input type="checkbox"/> Other/ Otro	<input type="checkbox"/> Don't Know/ No Sabe	<input type="checkbox"/> Refused/ Se rehúsa a dar información
--	--	---------------------------------------	---	---	--------------------------------------	--	---

10. Family Type/Tipo de Familia – Check only one (1) box/ Marque uno de los siguientes (1):	<input type="checkbox"/> Single Parent Female/ Madre Soltera	<input type="checkbox"/> Single Parent Male/ Padre Soltero	<input type="checkbox"/> Two Parent Household/ 2-Padres de Familia	<input type="checkbox"/> Single Person/ Adulto Soltero	<input type="checkbox"/> Two Adults – NO Children/ 2 Adultos – NO niños	<input type="checkbox"/> Other/ Otro:
---	--	--	--	--	---	---------------------------------------

11. Family Size – Number in Family/ Miembros de la Familia – Familia Inmediata:	<input type="checkbox"/> One (1) Person/ Una (1) Persona	<input type="checkbox"/> Two (2)/ Dos (2) Personas	<input type="checkbox"/> Three (3)/ Tres (3) Personas	<input type="checkbox"/> Four (4)/ Cuatro (4) Personas
<input type="checkbox"/> Five (5)/ Cinco (5) Personas	<input type="checkbox"/> Six (6)/ Seis (6) Personas	<input type="checkbox"/> Seven (7)/ Siete (7) Personas	<input type="checkbox"/> Eight (8) or more/ Ocho (8) Personas	<input type="checkbox"/> Refused/ Se rehúsa a dar info

12. Veteran Status – Have you been on Active Duty in the U.S. Armed Forces? – Check or circle only one (1) box/ Veterano de Guerra – Ha prestado servicio militar en las Fuerzas Armadas de los Estados Unidos – Marque uno de los siguientes (1):	<input type="checkbox"/> No/No	<input type="checkbox"/> Yes/Si	<input type="checkbox"/> Don't Know/ No Sabe	<input type="checkbox"/> Refused/ Se rehúsa a dar información
--	--------------------------------	---------------------------------	--	---

13. Disabling Condition – Do you have a Disability or Disabling Condition? – Check or circle only one (1) box: Condición Inválida – ¿Tiene usted una discapacidad? Marque uno de los siguientes	<input type="checkbox"/> No/No	<input type="checkbox"/> Yes/Si	<input type="checkbox"/> Don't Know/ No Sabe	<input type="checkbox"/> Refused/ Se rehúsa a dar información
---	--------------------------------	---------------------------------	--	---

14. Source and Amount of Income – How much did <u>you</u> earn from any of the following sources in the last 30 days/ Fuente y Cantidad de Ingreso – Cuanto dinero gano de las siguientes Fuentes en los ultimos 30 dias?:			
Earned Income/Salario Recibido	\$	TDAP	\$
Unemployment Insurance/Desempleo	\$	Social Security/Seguro Social	\$
SSI/Seguro de ingreso suplementario	\$	Veteran’s Pension/ Pensión de Veteranos	\$
SSDI/beneficios por incapacidad	\$	Pension from Job/ Pension de Trabajo	\$
Veteran’s Disability/ Incapacidad de veteranos	\$	Child Support/ Manutencion de Hijos	\$
Private Disability Insurance/Seguro Privado de Incapacidad	\$	Alimony/ Manutención de Esposo(a)	\$
Worker’s Compensation/ Compensación de los Trabajadores	\$	Other/Otro:	\$
TCA or TANF/TCA o TANF	\$	Other/Otro:	\$
Total Monthly Income/ Total de Ingresos mensuales:	\$	◀◀◀ How much did you earn last <u>MONTH</u> ? ◀◀◀ ¿Cuánto dinero gano el último <u>MES</u> ?	

15. What is the highest level of school completed? – Check or circle only one (1) box. ¿Cual fue el ultimo nivel de escuela completado? Marque uno de los siguientes.		<input type="checkbox"/> No Schooling Completed/ No completo la escuela	<input type="checkbox"/> Nursery School to 4 th Grade/ Jardin hasta cuarto grado	<input type="checkbox"/> 5 th or 6 th Grade/ Quinto o sexto grado
<input type="checkbox"/> 7 th or 8 th Grade/ Septimo a octavo grado	<input type="checkbox"/> 9 th Grade/ Noveno grado	<input type="checkbox"/> 10 th Grade/ Decimo grado	<input type="checkbox"/> 11 th Grade/ Once grado	<input type="checkbox"/> 12 th Grade, No Diploma/ Doce grado No Diploma
<input type="checkbox"/> High School Diploma/ Diploma de Secundaria	<input type="checkbox"/> GED/ Certificado equivalente a secundaria	<input type="checkbox"/> Post-Secondary School/ Escuela Superior	<input type="checkbox"/> Don’t Know/ No Sabe	<input type="checkbox"/> Refused/ Se rehúsa a dar información

16. Health Insurance – check or circle all health care benefits that you have: / Seguro Médico: Marque todos los beneficios de asistencia medica que usted tiene:						
<input type="checkbox"/> Medical Assistance (MA) Health Choice/ Asistencia Médica	<input type="checkbox"/> Maryland Children’s Health Program (MCHP)/ Programa de salud para niños de Maryland	<input type="checkbox"/> Medicare	<input type="checkbox"/> VA Health Care/Medical Services/ Seguro Medico para Veteranos	<input type="checkbox"/> Employer-Provided Health Insurance/ Seguro de salud provistas por el empleador	<input type="checkbox"/> Health Insurance through COBRA/ Seguro de salud a través de COBRA	<input type="checkbox"/> Private Pay Health Insurance/ Seguro de salud pagado privado

17. Who could we contact in the event of an emergency/ A quien podemos contactar en caso de Emergencia:			
Name/Nombre:		Relationship/ Relacion:	
Phone # 1/ # de telefono:		Phone # 2/ Otro #:	
Other contact information or address for emergency contact/ Otro contacto o dirección en caso de emergencia:			

18. Family Members – Please list all family members that currently live with you MIEMBROS DE LA FAMILIA – Por favor escriba todos los miembros de su familia que actualmente viven con usted:			
Name – First/Middle Initial/Last Nombre: Primero/Segundo/Apellido	Date of Birth (if known)/ Fecha de Nacimiento (si sabe)	Social Security Number (if known)/ Número de Seguro Social (si sabe)	Relationship/ Relacion
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			
6.			
7.			
8.			
9.			
10.			

**FOR STAFF USE ONLY – DO NOT COMPLETE THE GRAY SECTIONS
PARA USO DEL PERSONAL – NO LLENE LA SECCION GRIS**

19. Current Living Situation/Housing Status – Check or circle only one (1) box:

<input type="checkbox"/> Homeless	<input type="checkbox"/> At Imminent Risk of Losing Housing	<input type="checkbox"/> Homeless Only Under Other Federal Statutes	<input type="checkbox"/> Fleeing Domestic Violence
<input type="checkbox"/> At-Risk of Homelessness	<input type="checkbox"/> Stably Housed	<input type="checkbox"/> Client Doesn't Know	<input type="checkbox"/> Client Refused
If STABLY HOUSED , does the client rent or own the housing? Check or circle only one (1) box:		<input type="checkbox"/> Rent	<input type="checkbox"/> Own

20. Type of Most Recent Residence – Where did you stay last night? – Check only one (1) box:

<input type="checkbox"/> Emergency Shelter Including Hotel/Motel Vouchers	<input type="checkbox"/> Foster Care Home or Foster Care Group Home	<input type="checkbox"/> Hospital or Residential Non-psychiatric Medical Facility	<input type="checkbox"/> Hotel or Motel Paid for <u>Without</u> a Voucher – Self-Pay	<input type="checkbox"/> Jail, Prison or Juvenile Detention Center	<input type="checkbox"/> Long-Term Care Facility or Nursing Home	<input type="checkbox"/> Owned by Client, No Ongoing Housing Subsidy
<input type="checkbox"/> Owned by Client, With Ongoing Housing Subsidy	<input type="checkbox"/> Permanent Housing for Formerly Homeless Persons	<input type="checkbox"/> Place Not Meant for Habitation – vehicle, streets, outdoors, empty building, etc.	<input type="checkbox"/> Psychiatric Hospital or Other Psychiatric Facility	<input type="checkbox"/> Rental by Client, No Ongoing Housing Subsidy	<input type="checkbox"/> Rental by Client, With VASH* Subsidy	<input type="checkbox"/> Rental by Client, With GPD TIP** Subsidy
<input type="checkbox"/> Rental by Client, With Other Ongoing Housing Subsidy	<input type="checkbox"/> Residential Project or Halfway House with No Homeless Criteria	<input type="checkbox"/> Safe Haven	<input type="checkbox"/> Staying or Living in a Family Member's Room, Apt., or House	<input type="checkbox"/> Staying or Living in a Friend's Room, Apt., or House	<input type="checkbox"/> Substance Abuse Treatment Facility or Detox Center	<input type="checkbox"/> Transitional Housing for Homeless Persons
<input type="checkbox"/> Other	<input type="checkbox"/> Client Doesn't Know	<input type="checkbox"/> Client Refused	If "Other" Specify:			

* Veteran's Administration Supportive Housing (VASH) ** Grant and Per Diem (GPD) Transition in Place (TIP) Program

21. Length of Stay at Most Recent Residence (see above) – Check or circle only one (1) box:

<input type="checkbox"/> One (1) day or less	<input type="checkbox"/> Two (2) days to one (1) week	<input type="checkbox"/> More than 1 week, but less than 1 month	<input type="checkbox"/> One (1) to 3 months	<input type="checkbox"/> More than 3 months, but less than 1 year	<input type="checkbox"/> One (1) year or longer	<input type="checkbox"/> Client Doesn't Know	<input type="checkbox"/> Client Refused
--	---	--	--	---	---	--	---

22. ZIP Code of Last Permanent Residence:

(Downtown Frederick is 21701)	
<input type="checkbox"/> Client Doesn't Know ZIP Code	<input type="checkbox"/> Client Refused to Answer

23. Project Entry Date:	
24. Project Exit Date:	

25. Destination – Where will you stay after exiting project? – Check only one (1) box:						
<input type="checkbox"/> Emergency Shelter Including Hotel/Motel Vouchers	<input type="checkbox"/> Foster Care Home or Foster Care Group Home	<input type="checkbox"/> Hospital or Residential Non-psychiatric Medical Facility	<input type="checkbox"/> Hotel or Motel Paid for <u>Without</u> a Voucher – Self-Pay	<input type="checkbox"/> Jail, Prison or Juvenile Detention Center	<input type="checkbox"/> Long-Term Care Facility or Nursing Home	<input type="checkbox"/> Owned by Client, No Ongoing Housing Subsidy
<input type="checkbox"/> Owned by Client, With Ongoing Housing Subsidy	<input type="checkbox"/> Permanent Housing for Formerly Homeless Persons	<input type="checkbox"/> Place Not Meant for Habitation – vehicle, streets, outdoors, empty building, etc.	<input type="checkbox"/> Psychiatric Hospital or Other Psychiatric Facility	<input type="checkbox"/> Rental by Client, No Ongoing Housing Subsidy	<input type="checkbox"/> Rental by Client, With VASH* Subsidy	<input type="checkbox"/> Rental by Client, With GPD TIP** Subsidy
<input type="checkbox"/> Rental by Client, With Other Ongoing Housing Subsidy	<input type="checkbox"/> Residential Project or Halfway House with No Homeless Criteria	<input type="checkbox"/> Safe Haven	<input type="checkbox"/> Staying or Living in a Family, Permanent Tenure	<input type="checkbox"/> Staying or Living in a Family, Temporary Tenure	<input type="checkbox"/> Staying or Living with Friends, Permanent Tenure	<input type="checkbox"/> Staying or Living with Friends, Temporary Tenure
<input type="checkbox"/> Moved from HOPWA Funded Project to HOPWA PH	<input type="checkbox"/> Moved from HOPWA Funded Project to HOPWA TH	<input type="checkbox"/> Substance Abuse Treatment Facility or Detox Center	<input type="checkbox"/> Transitional Housing for Homeless Persons	<input type="checkbox"/> Deceased	<input type="checkbox"/> No Exit Interview Completed	<input type="checkbox"/> Client Doesn't Know
<input type="checkbox"/> Client Refused	<input type="checkbox"/> Other	If "Other" Specify:				

26. Relationship to Head of Household				
<input type="checkbox"/> Self (head of household)	<input type="checkbox"/> Head of household's child	<input type="checkbox"/> Head of household's spouse or partner	<input type="checkbox"/> Head of household's other relation member	<input type="checkbox"/> Other: Non-relation member

27. Length of Time on Street, in an Emergency Shelter, or Safe Haven (answer each question)				
Continuously homeless for at least one (1) year	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> Client Doesn't Know	<input type="checkbox"/> Client Refused
Number of times the client has been homeless in the past three (3) years	<input type="checkbox"/> Zero (0)	<input type="checkbox"/> One (1)	<input type="checkbox"/> Two (2)	<input type="checkbox"/> Three (3)
	<input type="checkbox"/> Four (4) or More	<input type="checkbox"/> Client Doesn't Know	<input type="checkbox"/> Client Refused	
Total number of <u>months</u> homeless in the past 3 years	<input type="checkbox"/> Zero (0) to 12 Months	<input type="checkbox"/> More than 12 Months	<input type="checkbox"/> Client Doesn't Know	<input type="checkbox"/> Client Refused
Number of years continuously homeless if homeless for more than 12 months:	_____ Years	Status Documented:	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes

Reconocimiento y Consentimiento Para Participar en el Sistema de Administración y Información de Personas sin Vivienda (HMIS)

Reconocimientos: La información que he dado es verdadera y correcta y la he dado de la mejor manera que he entendido. También entiendo que las reglas de aceptación al programa son iguales para todos sin distinción de raza, color, origen de nacionalidad, edad, sexo o incapacidad. También entiendo que tengo el derecho a apelar cualquier decisión si siento que los servicios han sido incorrectamente negados, reducidos, suspendidos o terminados.

Sistema de Administración y Información de Personas sin Vivienda (HMIS): HMIS es un sistema computarizado de registro de datos que captura la información y el servicio de las necesidades de las personas en situación de pobreza o indigencia. Esta agencia utiliza HMIS como su herramienta de gestión de datos para reunir información de los clientes atendidos y los servicios prestados. El sistema HMIS lo beneficia a usted para que usted no tenga que completar una entrevista de admisión adicional en caso de necesitar los servicios de una agencia colaboradora que también usa HMIS. La información compartida con una o más agencias colaboradoras se utilizarán para ayudarle a acceder a los servicios tales como asistencia de emergencia, vivienda, y vivienda temporal. Su consentimiento por escrito permite a esta agencia compartir el formulario de admisión con otros organismos colaboradores. Usted tiene el derecho de solicitar información acerca de quién ha visto o actualizado su registro en HMIS y recibir una copia de este formulario de consentimiento y un resumen de su formulario de admisión.

Nuestra agencia tiene un acuerdo de compartir información con varias agencias colaboradoras de los clientes que han sido ayudados por ambas agencias. Las agencias colaboradoras también tienen un acuerdo con la Coalición para Indigentes del Condado de Frederick las cuales tienen procedimientos de seguridad en lo que se refiere a la protección y el intercambio de datos de los clientes. Estas agencias podrían también usar su información sin identificación alguna para reportar requisitos y abogacia.

Al firmar este formulario de consentimiento, usted autoriza esta agencia a:

- Compartir su información de admisión con agencias colaboradoras para una evaluación inicial de admisión.
- Proveer información demográfica básica, residencial, habilidades de empleo e ingresos, militar, legal, necesidades básicas, metas y resultados, historial médico, abuso de sustancias y salud mental con agencias colaboradoras.
- Permitir que su información sea compartida electrónicamente por una vía segura a través de un sistema cifrado con las agencias colaboradoras que participan en el HMIS.
- Permitir que su registro e información sea compartida por un periodo no mayor de Diez(10) años, a partir de la fecha de hoy.

Yo, _____, por medio de la presente (marque una de las siguientes)

Cliente o Nombre del Participante

- Autorizo
 No Autorizo

A disponer de la información que he proporcionado en la entrevista de admisión con el personal de la agencia para que sea compartida por vía electrónica con los organismos colaboradores usando HMIS sistema computarizado de registro de datos. Además doy mi autorización para que la información e historial de mi salud física, mental, y uso de sustancias que proporcioné en la entrevista de admisión con el personal sea compartido por vía electrónica con las agencias colaboradoras o agencias con el HMIS sistema computarizado de registro de datos. Yo entiendo que las agencias colaboradoras están plenamente vinculadas por las disposiciones de Health Insurance Portability and Accountability Act (HIPAA), por sus siglas en inglés, regulaciones federales que rigen la confidencialidad y el registro de Abuso de Drogas de pacientes (42 CFR parte 2), y Maryland Confidentiality of Medical Records Act (MCMRA), por sus siglas en ingles, cuando comparten información. Yo entiendo que puedo pedir que mi información sea removida del sistema computarizado de registro de datos que captura información en cualquier momento.

Firma del Cliente/Participante

Fecha

Firma del Personal Encargado

Fecha