

Continuum of Care del Condado de Sonoma

Tipo de evaluación: Información demográfica del cliente

Número de caso de HMIS: _____	Nombre del proyecto: _____
Fecha de evaluación: _____	Tiempo de evaluación: _____
Evaluación realizada por: _____	
Fecha de entrada de datos HMIS: _____	Ingresado por: _____

Datos demográficos de los participantes

Nombre*: _____	Segundo nombre: _____
Apellido*: _____	Sufijo: _____
Calidad de los datos de nombre (HUD)*: ☐ Nombre completo reportado ☐ Nombre parcial, nombre de la calle o nombre en clave reportado ☐ El cliente no lo sabe ☐ Cliente rechazado ☐ Datos no recopilados	
Número de Seguro Social (SSN)* Formato xxx-xx-xxxx: _____	
Calidad del número de Seguro social (HUD)*: ☐ SSN completo reportado ☐ Número de Seguro Social aproximado o parcial notificado ☐ El cliente no lo sabe ☐ Cliente rechazado ☐ Datos no recopilados	
Fecha de nacimiento* Formato mm/dd/aaaa: _____	
Calidad de los datos de la fecha de nacimiento (HUD)*: ☐ Fecha de nacimiento completa ☐ Fecha de nacimiento aproximada o parcial notificada ☐ El cliente no lo sabe ☐ Cliente rechazado ☐ Datos no recopilados	
Sexo (HUD)*: ☐ Femenino ☐ Masculino ☐ El cliente no sabe ☐ El cliente prefiere no contestar ☐ Datos no recopilados	
Género – Local*: ☐ Mujer (Niña, si es niño) ☐ Hombre (Niño, si es niño) ☐ Identidad culturalmente específica (p. ej., dos espíritus) ☐ Transgénero ☐ No binario ☐ El cliente no sabe ☐ Cuestionamiento ☐ Identidad diferente ☐ El cliente prefiere no contestar	
Raza y etnia (HUD)* (Seleccione todas las que correspondan. No seleccione al mismo tiempo un valor de raza y etnia legítimo y el cliente no sabe, <i>el cliente prefiere no contestar</i> o los datos no recopilados): ☐ Indio americano, nativo de Alaska o indígena ☐ Asiático o Asiático-Americano ☐ Negro, afroamericano o africano ☐ Hispano/Latino/e/o ☐ Oriente Medio o Norte de África ☐ Nativo de Hawái o de las islas del Pacífico ☐ Blanco ☐ El cliente no sabe ☐ El cliente prefiere no contestar ☐ Datos no recopilados Detalle adicional de raza y etnia (HUD): _____	

Continuum of Care del Condado de Sonoma

Estatus de Veterano (HUD) *: ☐ Sí ☐ No

☐ El cliente no sabe ☐ El cliente prefiere no contestar ☐ Datos no recopilados

Nivel de Ingresos Local (beneficiarios de CDBG, ESG y CSF) *: (Este campo es obligatorio para todos los participantes ingresados en el HMIS. Consulte los Programas Federales Límites de ingresos para un gráfico <https://sonomacounty.ca.gov/incomelimits>):

☐ 0-30% (Extremadamente bajo) ☐ 31-50% (Muy bajo) ☐ 51-80% (Bajos ingresos)

☐ 80-100% (ingreso medio) ☐ 100%+ (por encima de la mediana de ingresos)

☐ Se negó a responder (el valor predeterminado es 81%+)

Información de contacto del participante (opcional)

Número(s) de teléfono del participante: Tipo (casa/celular): _____ Número: _____

Tipo (Casa/Celda): _____ Número: _____

Correo electrónico del participante: _____

Nombre del contacto (opcional: se usa para otros contactos de participantes)

Nombre del contacto: _____ Apellido del contacto: _____

Relación de contacto: _____

Número de teléfono de contacto: _____ Correo electrónico de contacto: _____

Preguntas Locales del Condado de Sonoma (Opcional)

Sono - Delincuente sexual registrado 290 ☐ Sí/Verdadero ☐ No/Falso

Sono - ¿En libertad condicional del condado? ☐ Sí/Verdadero ☐ No/Falso

Sono - ¿En libertad condicional del estado o federal? ☐ Sí/Verdadero ☐ No/Falso

Sono - Fecha de la prueba de detección de la tuberculosis: _____

Sono - Registro médico de VA Fecha de retorno de la inversión: _____

Sono - Estado de emancipación: ☐ Sí ☐ No ☐ N/A

Sono - Condado/Estado de nacimiento: _____

Solo EHV - ¿Está actualmente inscrito en: ☐ Realojamiento rápido ☐ Vivienda de apoyo permanente

Fecha en que se firmó la última divulgación de información del cliente: _____

Subregión: ☐ Condado Norte ☐ Condado Sur ☐ Condado Oeste ☐ Valle de Sonoma

☐ Parque Rohnert ☐ Santa Rosa

Continuum of Care del Condado de Sonoma

Preguntas sobre la Bridge Housing para la Salud Conductual (BHBH) (Opcional)

Remisión al Programa CARE - - Solo BHBH: ☐ Sí/Verdadero ☐ No/Falso

Orientación sexual - Solo BHBH: ☐ Heterosexual ☐ Gay ☐ Lesbiana ☐ Bisexual ☐ Duda/Indecisión
☐ Otro ☐ *El cliente no sabe* ☐ *El cliente prefiere no contestar* ☐ *Datos no recopilados*

Participante de BHBH - Solo BHBH: ☐ Sí/Verdadero ☐ No/Falso