

FORMULARIO DE ADMISIÓN CAS Y CONSENTIMIENTO
Coalición para Terminar con la Falta de Vivienda en Wichita/Condado de Sedgwick
(KS-502 - Continuum of Care de Wichita/Condado de Sedgwick)

INFORMACIÓN DE LA AGENCIA

Agencia: _____ Proyecto: _____
Nombre del personal: _____ Fecha de contacto: ____ / ____ / ____

¿Qué identificaciones tiene actualmente? (marque todas las que correspondan):

☐ Acta de nacimiento ☐ Identificación estatal ☐ Tarjeta del Seguro Social ☐ ID municipal ☐ Licencia de conducir ☐ Otra: _____

INFORMACIÓN DE LA PERSONA JEFA DE HOGAR

Número en el hogar: _____
Nombre: Primero _____ Inicial ____ Apellido _____ Nombre preferido: _____
Fecha de nacimiento: ____ / ____ / ____ Número de Seguro Social/ITIN: _____ ☐ No sabe/no tiene uno
Dirección: _____
Ciudad: _____ Código postal: _____ Teléfono/Correo electrónico: _____

Sexo:

☐ Mujer (niña, si es menor) ☐ Hombre (niño, si es menor) ☐ Prefiere no responder

Raza y etnicidad (marque todas las que correspondan):

☐ Indígena estadounidense, nativo/a de Alaska o indígena ☐ Asiático/a o asiático/a estadounidense ☐ Negro/a, afroamericano/a o africano/a
☐ Hispano/a/latino/a ☐ Medio Oriente o Norte de África ☐ Nativo/a de Hawái o isleño/a del Pacífico ☐ Blanco/a

Detalles adicionales de raza y etnicidad: _____

Veterano/a: ☐ Sí ☐ No Si sí, era/fechas de servicio: _____

¿Necesita traducción? ☐ Sí ☐ No Si sí, idioma: _____

SITUACIÓN DE VIVIENDA ANTERIOR

Código postal de la última dirección: _____

Tipo de residencia (marque una):

☐ Lugar no destinado para vivienda ☐ Hogar de cuidado temporal ☐ Cárcel/prisión/detención juvenil
☐ Refugio de emergencia (incluye hotel/motel con cupón) ☐ Hospital/centro no psiquiátrico ☐ Centro de cuidados prolongados/asilo
☐ Hospital/centro psiquiátrico ☐ Tratamiento/desintoxicación por uso de sustancias ☐ Casa de transición/proyecto residencial
☐ Hotel/motel (sin cupón) ☐ Alquiler sin subsidio ☐ Vivienda de transición
☐ Alquiler con VASH ☐ Alquiler con RRH ☐ Alquiler con HCV
☐ Alquiler con vivienda pública ☐ Alquiler con otro subsidio ☐ Se queda con amistades/familia
☐ Vivienda propia con subsidio ☐ Vivienda propia sin subsidio

Duración de permanencia en la situación anterior (marque una):

☐ 1 noche o menos ☐ 2 a 6 noches ☐ 1 semana a menos de 1 mes ☐ 1 a menos de 3 meses ☐ 3 a menos de 12 meses ☐ 1 año o más

Fecha aproximada en que inició este episodio de falta de vivienda: ____ / ____ / ____

Veces sin vivienda en los últimos 3 años: ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4+

Total de meses sin vivienda en los últimos 3 años: ☐ 1 mes ☐ 2-3 meses ☐ 4-6 meses ☐ 7-12 meses ☐ 12+ meses

CONDICIONES DISCAPACITANTES Y BARRERAS

VD = Violencia doméstica, LP = Largo plazo, una condición que se espera que sea de duración prolongada e indefinida

Discapacidad física ☐ Sí ☐ No ¿LP? ☐

Trastorno por uso de sustancias ☐ Sí ☐ No ¿LP? ☐

Discapacidad del desarrollo ☐ Sí ☐ No ¿LP? ☐

Trastorno de salud mental ☐ Sí ☐ No ¿LP? ☐

Condición crónica de salud ☐ Sí ☐ No ¿LP? ☐

VIH/SIDA ☐ Sí ☐ No ¿LP? ☐

Embarazada ☐ Sí ☐ No Fecha de parto: _____

Sobreviviente de VD ☐ Sí ☐ No _____

¿Actualmente huyendo? ☐ Sí ☐ No

Cuidado de crianza/tutela ☐ Sí ☐ No _____

¿Salió del sistema por edad? ☐ Sí ☐ No

INGRESOS MENSUALES Y FUENTES

☐ **Ingreso de cualquier fuente** Ingreso mensual total: \$ _____ Tipo de ingreso (marque todos los que correspondan, indique \$):

Empleo y beneficios públicos Asistencia pública y apoyo

☐ Ingresos del trabajo \$ _____ ☐ TANF (\$ _____)

☐ Seguro de desempleo \$ _____ ☐ Asistencia general (GA) \$ _____

☐ Ingreso de Seguridad Suplementaria (SSI) \$ _____ ☐ Manutención infantil \$ _____

☐ Seguro por discapacidad del Seguro Social (SSDI) \$ _____ ☐ Pensión alimenticia/otro apoyo conyugal \$ _____

Beneficios por discapacidad y VA Jubilación y otros

☐ Compensación de VA por discapacidad relacionada al servicio ☐ Ingreso del Seguro Social \$ _____

\$ _____ ☐ Pensión/Jubilación \$ _____

☐ Pensión de VA por discapacidad no relacionada al servicio \$ _____ ☐ Otro ingreso: _____ \$ _____

☐ Compensación laboral \$ _____

☐ Seguro privado por discapacidad \$ _____

Seguro médico ☐ Administración de Salud de Veteranos (VHA)

☐ Medicaid ☐ Medicare ☐ COBRA ☐ Seguro proporcionado por el empleador

☐ Seguro médico estatal para niños ☐ Seguro privado

☐ Seguro médico estatal para adultos ☐ Servicios de Salud Indígena

☐ Otro: _____

DATOS LOCALES

Tiempo residido en el Condado de Sedgwick: ☐ 1 noche o menos ☐ 2-6 noches ☐ 1 semana-<1 mes ☐ 1-<3 meses ☐ 3-<12 meses ☐ 1+ Si menos de un año, ¿dónde estaba antes?

☐ Fuera del condado pero en Kansas (indique el condado: _____) ☐ Fuera del estado pero en EE. UU. (indique el estado: _____)

☐ Fuera de EE. UU./Otro país

¿Pasó la noche sin vivienda/sin refugio antes de llegar al Condado de Sedgwick? ☐ Sí ☐ No

¿Fue liberado/a de la cárcel o prisión en los últimos 7 días? ☐ Sí ☐ No

Si sí, ¿estaba sin vivienda o en una situación de falta de vivienda la noche anterior a su encarcelamiento? ☐ Sí ☐ No

Si sí, duración del encarcelamiento: ☐ 1 noche o menos ☐ 2-6 noches ☐ 1 semana-<1 mes ☐ 1-<3 meses ☐ 3-<12 meses ☐ 1+ año

Si sí, lugar de encarcelamiento (marque uno):

☐ Cárcel del Condado de Sedgwick	☐ Otra cárcel del condado en KS	☐ El Dorado	☐ Ellsworth
☐ Hutchinson	☐ Complejo Juvenil de KS	☐ Lansing	☐ Centro de Salud Mental de Larnard
☐ Topeka	☐ Norton	☐ Winfield	☐ Wichita Work Release
☐ Otra prisión estatal en KS	☐ Prisión federal en KS	☐ Prisión federal fuera de KS	

CONSENTIMIENTO PARA DIVULGAR INFORMACIÓN

Autorizo a esta agencia a ingresar la información personal que les he proporcionado, y la de los miembros menores de edad que me acompañan en mi hogar, en el HMIS de la Coalition to End Homelessness Wichita/Sedgwick County. El sistema informático HMIS es administrado por la Coalition to End Homelessness Wichita/Sedgwick County mediante un acuerdo con United Way of the Plains y opera dentro de una red segura y confidencial de representantes capacitados de agencias. La información que he proporcionado es verdadera y correcta. Entiendo que mi información se registra electrónicamente para evaluar las necesidades de mi hogar y coordinar servicios como vivienda, asistencia para servicios públicos, alimentos y otros servicios y recursos dentro del área de servicio de Wichita-Sedgwick County. Mi información (foto, información demográfica, información de elegibilidad para servicios/referidos y/o presencia en un programa), y la de los miembros de mi hogar que me acompañan, puede compartirse entre las agencias participantes en HMIS para coordinar casos y/o facilitar mi acceso a servicios y recursos necesarios. Si solicito asistencia para renta y/o servicios públicos u otros tipos específicos de servicios y/o recursos, mi información de identificación puede compartirse, según sea necesario, con el proveedor por teléfono, correo electrónico y/o por escrito para procesar una referencia y/o asegurar el pago a la cuenta correspondiente. Mi firma y/o consentimiento verbal al personal de la agencia participante en HMIS indica que un representante de la agencia ha respondido cualquier pregunta que tuve sobre mis derechos de privacidad. Este consentimiento es válido por cinco años a partir de la fecha de firma, o hasta que decida revocar mi permiso para compartir mi información de identificación. Para revocar mi permiso, entiendo que debo proporcionar a esta agencia o a la Coalition to End Homelessness Wichita/Sedgwick County una declaración escrita y firmada que incluya la fecha en que se revocó mi permiso.

Firma del cliente

Fecha

Si el consentimiento verbal o la "Firma del/de la solicitante" no es posible, complete la línea de abajo.

Firma del personal que documenta el consentimiento verbal: _____

** Las partes acuerdan que este acuerdo puede firmarse electrónicamente. Las partes acuerdan que las firmas electrónicas que aparecen en este acuerdo son equivalentes a las firmas manuscritas para fines de validez y admisibilidad.*