



*Este formulario es solo para EA Si su programa exige evaluaciones de inscripción use el formulario de evaluación de HMIS que se encuentra en

FECHA / /

APELLIDO		PRIMER NOMBRE		INICIAL SEGUNDO NOMBRE		# EN NUCLEO FAMILIAR	
DIRECCIÓN						TELÉFONO	
CIUDAD		ESTADO		CÓDIGO POSTAL		FECHA DE NACIMIENTO / /	
NÚMERO DE SEGURO SOCIAL		<input type="checkbox"/> Cliente no lo sabe <input type="checkbox"/> Cliente se negó		GÉNERO <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Transgénero fem a masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Transgénero masc a femenino		<input type="checkbox"/> Cliente no lo sabe <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Cliente se negó	

TIPO DE FAMILIA		RELACION CON EL JEFE DE HOGAR					
<input type="checkbox"/> Individual <input type="checkbox"/> Hogar con padre y madre <input type="checkbox"/> Madre sola <input type="checkbox"/> Padre solo <input type="checkbox"/> Dos adultos/sin niños <input type="checkbox"/> Desconocido <input type="checkbox"/> Otro		<input type="checkbox"/> Jefe de hogar <input type="checkbox"/> Hijo/a <input type="checkbox"/> Cónyuge/Pareja <input type="checkbox"/> Padre solo <input type="checkbox"/> Tío/a <input type="checkbox"/> Conviviente <input type="checkbox"/> Primo/a <input type="checkbox"/> Niño bajo cuidado <input type="checkbox"/> Amigo/a <input type="checkbox"/> Nieto/a <input type="checkbox"/> Sobrino nieto/sobrina <input type="checkbox"/> Abuelo/a <input type="checkbox"/> Tío abuelo/tía abuela <input type="checkbox"/> Bisnieto/a <input type="checkbox"/> Tutor legal <input type="checkbox"/> Sobrino/a <input type="checkbox"/> Padre o madre <input type="checkbox"/> Hermano/a <input type="checkbox"/> Desconocido <input type="checkbox"/> Otro/Sin parentesco <input type="checkbox"/> Otro/Familiar					

ETNICIDAD	RAZA Identifique todas las categorías raciales que sean necesarias.	VETERANO	AFECCIÓN INCAPACITANTE
<input type="checkbox"/> Hispano/Latino <input type="checkbox"/> No hispano/Latino <input type="checkbox"/> Cliente no lo sabe <input type="checkbox"/> Cliente se negó	<input type="checkbox"/> Nativo americano o de Alaska <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Negro / Afroamericano <input type="checkbox"/> Nativo / Hawaiano u otro isleño del Pacífico	<input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Cliente no lo sabe <input type="checkbox"/> Cliente se negó	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Cliente no lo sabe <input type="checkbox"/> Cliente se negó

RESIDENCIA ANTERIOR ¿Dónde pasó la noche ayer?	
<input type="checkbox"/> Refugio de emergencia <input type="checkbox"/> Vivienda de transición para desamparados <input type="checkbox"/> Vivienda permanente para personas previamente desamparadas <input type="checkbox"/> Hospital/centro psiquiátrico <input type="checkbox"/> Centro de tratamiento para abuso de sustancias/detoxificación <input type="checkbox"/> Hospital u otro centro médico residencial no psiquiátrico <input type="checkbox"/> Cárcel, prisión o centro juvenil de detención <input type="checkbox"/> Quedándose o viviendo con un familiar <input type="checkbox"/> Quedándose o viviendo con un amigo <input type="checkbox"/> Hotel/motel pagado sin cupón de acogida de emergencia <input type="checkbox"/> Hogar de cuidado suplente u hogar grupal de cuidado suplente <input type="checkbox"/> El lugar no es apto para habitación	<input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Refugio seguro <input type="checkbox"/> Vivienda alquilada por el cliente, con subsidio VASH <input type="checkbox"/> Vivienda alquilada por el cliente, con otro subsidio vigente <input type="checkbox"/> Vivienda alquilada por el cliente, sin subsidio vigente <input type="checkbox"/> Propiedad del cliente, con subsidio vigente <input type="checkbox"/> Propiedad del cliente, sin subsidio vigente <input type="checkbox"/> Centro de cuidado a largo plazo o para la tercera edad <input type="checkbox"/> Vivienda asistencial u hogar de tránsito sin criterios para desamparados <input type="checkbox"/> Vivienda alquilada por el cliente, con subsidio GPD TIP <input type="checkbox"/> Cliente no lo sabe <input type="checkbox"/> Cliente se negó

¿DURACIÓN DE LA SITUACIÓN DE VIVIENDA ACTUAL?	SITUACIÓN DE VIVIENDA
<input type="checkbox"/> Un día o menos <input type="checkbox"/> Dos días a una semana <input type="checkbox"/> Más de una semana, menos de un mes <input type="checkbox"/> Uno a tres meses <input type="checkbox"/> Más de tres meses, menos de un año <input type="checkbox"/> Un año o más <input type="checkbox"/> Cliente no lo sabe <input type="checkbox"/> Cliente se negó	<input type="checkbox"/> Categoría 1 - Desamparado <input type="checkbox"/> Categoría 2 - En riesgo inminente de perder la vivienda <input type="checkbox"/> Categoría 3 - Desamparado solo conforme a otras leyes federales <input type="checkbox"/> Categoría 4 - Huyendo de la violencia doméstica <input type="checkbox"/> Albergue estable - alquiler <input type="checkbox"/> Albergue estable - dueño <input type="checkbox"/> En riesgo de desamparo <input type="checkbox"/> Cliente no lo sabe <input type="checkbox"/> Cliente se negó

MIEMBROS ADICIONALES DEL NÚCLEO (SI ES NECESARIO)									
APELLIDO		PRIMER NOMBRE		INICIAL SEGUNDO NOMBRE		FECHA DE NACIMIENTO / /		RELACION CON EL JEFE DE HOGAR	
NÚMERO DE SEGURO SOCIAL		<input type="checkbox"/> Cliente no lo sabe <input type="checkbox"/> Cliente se negó		GÉNERO <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Transgénero fem a masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Transgénero masc a femenino		<input type="checkbox"/> Cliente no lo sabe <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Cliente se negó			
ETNICIDAD	RAZA Identifique todas las categorías raciales que sean necesarias.	VETERANO	AFECCIÓN INCAPACITANTE						
<input type="checkbox"/> Hispano/Latino <input type="checkbox"/> No hispano/Latino <input type="checkbox"/> Cliente no lo sabe <input type="checkbox"/> Cliente se negó	<input type="checkbox"/> Nativo americano o de Alaska <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Negro / Afroamericano <input type="checkbox"/> Nativo / Hawaiano u otro isleño del Pacífico	<input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Cliente no lo sabe <input type="checkbox"/> Cliente se negó	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Cliente no lo sabe <input type="checkbox"/> Cliente se negó						

APELLIDO	PRIMER NOMBRE	INICIAL SEGUNDO NOMBRE	ID DEL CLIENTE
----------	---------------	------------------------	----------------

FUENTES DE INGRESO Y CANTIDADES EN LOS ÚLTIMOS 30 DÍAS

<input type="checkbox"/> Ingreso ganado	\$ _____	<input type="checkbox"/> Asistencia general	\$ _____
<input type="checkbox"/> Seguro de desempleo	\$ _____	<input type="checkbox"/> Ingreso de jubilación del Seguro Social	\$ _____
<input type="checkbox"/> Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI)	\$ _____	<input type="checkbox"/> Pensión de incapacidad conectada con VA fuera	\$ _____
<input type="checkbox"/> Ingreso de incapacidad del Seguro Social (SSDI)	\$ _____	<input type="checkbox"/> Pensión de un empleo anterior	\$ _____
<input type="checkbox"/> Remuneración de incapacidad conectada con VA en servicio	\$ _____	<input type="checkbox"/> Manutención de menores	\$ _____
<input type="checkbox"/> Seguro privado de incapacidad	\$ _____	<input type="checkbox"/> Pensión alimenticia u otro apoyo conyugal	\$ _____
<input type="checkbox"/> Compensación de trabajadores	\$ _____	<input type="checkbox"/> Otro	\$ _____
<input type="checkbox"/> Asistencia temporal para familias necesitadas	\$ _____	<input type="checkbox"/> TOTAL	\$ _____

BENEFICIOS QUE NO SON EN EFECTIVO Y CANTIDADES RECIBIDAS AC Marque la casilla si se desconoce la cantidad.

<input type="checkbox"/> SNAP/cupones de alimentos o dinero para comestibles en una tarjeta de beneficios	\$ _____
<input type="checkbox"/> Programa especial suplementario de nutrición para mujeres, bebés y niños (WIC)	\$ _____
<input type="checkbox"/> Servicios de cuidado de niños TANF/Servicios de transporte/Otros servicios de TANF Services	\$ _____
<input type="checkbox"/> Sección 8, vivienda fiscal, u otra asistencia de alquiler	\$ _____
<input type="checkbox"/> Otra fuente	\$ _____
<input type="checkbox"/> Asistencia temporal de alquiler	\$ _____
<input type="checkbox"/> Manutención de menores	\$ _____
TOTAL	\$ _____

TIPOS DE GASTOS Y CANTIDADES EN LOS ÚLTIMOS 30 DIAS

Alquiler/Hipoteca	\$ _____	Pago de automóvil <input type="checkbox"/>	\$ _____
Electricidad	\$ _____	Gasolina	\$ _____
Gas/petróleo para calefacción	\$ _____	Seguro	\$ _____
Alcantarillado/Basura	\$ _____	Cuidado de niños <input type="checkbox"/>	\$ _____
Teléfono/comunicaciones	\$ _____	Seguro de salud	\$ _____
Agua	\$ _____	Impuesto de retención <input type="checkbox"/>	\$ _____
Alimentos (excluidos los cupones de alimen	\$ _____	Otro _____	\$ _____
Médico	\$ _____	TOTAL	\$ _____
Transporte	\$ _____		

INGRESO TOTAL DEL NÚCLEO FAMILIAR E INGRESO NETO Ingreso neto consiste gastos restados del ingreso del núcleo familiar.

Ingreso del núcleo familiar	\$ _____	Ingreso neto	\$ _____
-----------------------------	----------	--------------	----------

MOTIVO DE LA ASISTENCIA Marque solo el motivo principal de la asistencia.

<input type="checkbox"/> No trabaja o busca trabajo	<input type="checkbox"/> Médico - Corto o largo plazo	<input type="checkbox"/> Cuida de familiares enfermos o incapacitados
<input type="checkbox"/> Pérdida repentina del empleo	<input type="checkbox"/> Expulsión por falta de pago	<input type="checkbox"/> Desastre climático o natural
<input type="checkbox"/> Imposible encontrar empleo	<input type="checkbox"/> Propiedad inhabitable	<input type="checkbox"/> Gasto imprevisto del núcleo familiar (no médico)
<input type="checkbox"/> Salario insuficiente	<input type="checkbox"/> Mudanza en curso o traslado reciente	<input type="checkbox"/> Otro

TRANSACCIÓN(ES) DE ASISTENCIA

<input type="checkbox"/> Alimentos (en especie)	\$ _____	Nro. de artículos	<input type="checkbox"/> Ropa	\$ _____	Nro. de artículos
<input type="checkbox"/> Cupones de alimentos	\$ _____	Productos básicos: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Muebles	\$ _____	Nro. de artículos
<input type="checkbox"/> Alquiler/Hipoteca	\$ _____		<input type="checkbox"/> Transporte	\$ _____	
<input type="checkbox"/> Servicios públicos	\$ _____	Nro. de cta	<input type="checkbox"/> Médico	\$ _____	
<input type="checkbox"/> Servicios públicos	\$ _____	Nro. de cta	<input type="checkbox"/> Otro	\$ _____	Nro. de artículos
<input type="checkbox"/> Servicios públicos	\$ _____	Nro. de cta	<input type="checkbox"/> Otro	\$ _____	Nro. de artículos

FONDO(S) USADO(S)

<input type="checkbox"/> Warmth & Light	\$ _____	<input type="checkbox"/> Project Warmth	\$ _____
<input type="checkbox"/> Dollar Aide	\$ _____	<input type="checkbox"/> NHN	\$ _____
<input type="checkbox"/> Créditos de Dollar Aide	\$ _____	<input type="checkbox"/> Ciudad	\$ _____
<input type="checkbox"/> Agua de KCMO	\$ _____	<input type="checkbox"/> Condado	\$ _____
<input type="checkbox"/> ECIP	\$ _____	<input type="checkbox"/> Otro	\$ _____
<input type="checkbox"/> EFSP/FEMA	\$ _____	<input type="checkbox"/> Otro	\$ _____
<input type="checkbox"/> JCEAP	\$ _____	<input type="checkbox"/> Otro	\$ _____

DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN/TESTIFICACIÓN DEL SOLICITANTE: Confirmando que la información que he entregado indicada anteriormente es verdadera y correcta Autorizo a la divulgación de la información pertinente contenida en los espacios anteriores a las entidades correspondientes, Mid America Assistance Coalition y proveedores según sea necesario para completar los servicios a mi núcleo familiar, o para entregar estadísticas sobre asistencia de emergencia, o como resguardo contra la duplicación de la asistencia. Autorizo por este intermedio a las entidades de servicios públicos u otros proveedores relacionados con mi núcleo familiar a divulgar información referente a mis cuentas según se necesite para asegurar el procesamiento oportuno de esta solicitud.

X Firma del solicitante	X FECHA	Firma del entrevistador	FECHA
----------------------------	------------	-------------------------	-------



*Este formulario es solo para EA Si su programa exige evaluaciones de inscripción use el formulario de evaluación de HMIS que se encuentra en

FECHA / /

MIEMBROS ADICIONALES DEL NÚCLEO F/ (SI ES NECESARIO)

Form for additional household members with fields for APELLIDO, PRIMER NOMBRE, INICIAL SEGUNDO NOMBRE, FECHA DE NACIMIENTO, RELACION CON EL JEFE DE HOGAR, GÉNERO, ETNICIDAD, RAZA, VETERANO, and AFECCIÓN INCAPACITANTE.

MIEMBROS ADICIONALES DEL NÚCLEO F/ (SI ES NECESARIO)

Form for additional household members with fields for APELLIDO, PRIMER NOMBRE, INICIAL SEGUNDO NOMBRE, FECHA DE NACIMIENTO, RELACION CON EL JEFE DE HOGAR, GÉNERO, ETNICIDAD, RAZA, VETERANO, and AFECCIÓN INCAPACITANTE.

MIEMBROS ADICIONALES DEL NÚCLEO F/ (SI ES NECESARIO)

Form for additional household members with fields for APELLIDO, PRIMER NOMBRE, INICIAL SEGUNDO NOMBRE, FECHA DE NACIMIENTO, RELACION CON EL JEFE DE HOGAR, GÉNERO, ETNICIDAD, RAZA, VETERANO, and AFECCIÓN INCAPACITANTE.

MIEMBROS ADICIONALES DEL NÚCLEO F/ (SI ES NECESARIO)

Form for additional household members with fields for APELLIDO, PRIMER NOMBRE, INICIAL SEGUNDO NOMBRE, FECHA DE NACIMIENTO, RELACION CON EL JEFE DE HOGAR, GÉNERO, ETNICIDAD, RAZA, VETERANO, and AFECCIÓN INCAPACITANTE.

MIEMBROS ADICIONALES DEL NÚCLEO F/ (SI ES NECESARIO)

Form for additional household members with fields for APELLIDO, PRIMER NOMBRE, INICIAL SEGUNDO NOMBRE, FECHA DE NACIMIENTO, RELACION CON EL JEFE DE HOGAR, GÉNERO, ETNICIDAD, RAZA, VETERANO, and AFECCIÓN INCAPACITANTE.