

Nombre/N.º de Id. del cliente: _____

Fecha: ____/____/____

[Agregue el logotipo de la agencia]

Información complementaria sobre la Subvención para soluciones de emergencia (Emergency Solutions Grant, ESG)

☐ Refugio de emergencia ☐ Vivienda de transición ☐ Reubicación rápida ☐ Vivienda con apoyo permanente

Información básica

Fecha de entrada: ____ / ____ / ____	Relación con el jefe de familia: _____
Niños que viven actualmente con el sobreviviente (consulte el Formulario de información del niño para obtener información específica): _____ _____	
Afecciones de discapacidad identificadas por el sobreviviente: <input type="checkbox"/> Enfermedad mental <input type="checkbox"/> Abuso de alcohol <input type="checkbox"/> Abuso de drogas <input type="checkbox"/> VIH/SIDA <input type="checkbox"/> Discapacidad física	
¿Tiene seguro de salud?: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si la respuesta es Sí, ¿qué tipo de seguro?	
¿Es una persona sin hogar en forma crónica? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Ingresos al momento de la entrada: Fuente de ingresos: _____ Monto: _____ Fuente de ingresos: _____ Monto: _____ Fuente de ingresos: _____ Monto: _____	
¿Recibe algún beneficio no monetario?: <input type="checkbox"/> SNAP <input type="checkbox"/> WIC <input type="checkbox"/> TANF <input type="checkbox"/> Transporte de TANF <input type="checkbox"/> Cuidado infantil de TANF <input type="checkbox"/> Sección 8 <input type="checkbox"/> Asistencia de renta temporal <input type="checkbox"/> Otros:	

Condiciones de vida anteriores

Estado de vivienda al momento de la admisión: <input type="checkbox"/> No sé <input type="checkbox"/> Rechazado <input type="checkbox"/> Sin hogar <input type="checkbox"/> Vivienda estable <input type="checkbox"/> Vivienda inestable (vivienda en riesgo) <input type="checkbox"/> Perderá su vivienda próximamente		
Residencia antes del Programa: _____		
Cantidad de tiempo que ha permanecido en la calle, en un refugio de emergencia o en un refugio seguro: _____		
Violencia doméstica: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Huye de una situación de violencia doméstica (Domestic Violence, DV)?: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Fecha aproximada de la última experiencia de DV: _____

Nombre/N.º de Id. del cliente: _____

Fecha: ____/____/____

Información de salida

Fecha de salida: ____ / ____ / ____	Destino después del Programa:
Estado de vivienda al momento de la salida: <input type="checkbox"/> No sé <input type="checkbox"/> Rechazado <input type="checkbox"/> Sin hogar <input type="checkbox"/> Vivienda estable <input type="checkbox"/> Vivienda inestable (vivienda en riesgo) <input type="checkbox"/> Perderá su vivienda próximamente	
Se muda a una residencia a través del Programa: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si la respuesta es Sí, fecha de la mudanza: ____ / ____ / ____	
Ingresos al momento de la salida: Fuente de ingresos: _____ Monto: _____ Fuente de ingresos: _____ Monto: _____ Fuente de ingresos: _____ Monto: _____	
¿Recibe algún beneficio no monetario?: <input type="checkbox"/> SNAP <input type="checkbox"/> WIC <input type="checkbox"/> TANF <input type="checkbox"/> Transporte de TANF <input type="checkbox"/> Cuidado infantil de TANF <input type="checkbox"/> Sección 8 <input type="checkbox"/> Asistencia de renta temporal <input type="checkbox"/> Otros:	

Información de seguimiento

Fecha del seguimiento:	Seguimiento realizado por:
Estado de vivienda al momento del seguimiento: <input type="checkbox"/> No sé <input type="checkbox"/> Rechazado <input type="checkbox"/> Sin hogar <input type="checkbox"/> Vivienda estable <input type="checkbox"/> Vivienda inestable (vivienda en riesgo) <input type="checkbox"/> Perderá su vivienda próximamente	
Condiciones de vida actuales:	
Ingresos al momento del seguimiento: Fuente de ingresos: _____ Monto: _____ Fuente de ingresos: _____ Monto: _____ Fuente de ingresos: _____ Monto: _____	
¿Recibe algún beneficio no monetario?: <input type="checkbox"/> SNAP <input type="checkbox"/> WIC <input type="checkbox"/> TANF <input type="checkbox"/> Transporte de TANF <input type="checkbox"/> Cuidado infantil de TANF <input type="checkbox"/> Sección 8 <input type="checkbox"/> Asistencia de renta temporal <input type="checkbox"/> Otros:	