

**RESPUESTA COMUNITARIA  
FORMULARIO DE ADMISIÓN**



FECHA: \_\_\_\_\_

	ADULTO #1 - (Primer, Medio, Último, Sufijo)	ADULTO #2 - (Primer, Medio, Último, Sufijo)
<b>ÚLTIMOS 4 DÍGITOS DEL NÚMERO DE SEGURIDAD SOCIAL</b>	<input type="checkbox"/> Prefiero No Responder	<input type="checkbox"/> Prefiero No Responder
<b>APELLIDO</b>		
<b>PRIMER NOMBRE</b>		
<b>FECHA DE NACIMIENTO (E.G. 10/23/1978)</b>		
<b>MEDIO NOMBRE</b>		
<b>OTROS NOMBRES</b>		
<b>GÉNERO</b>	<input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Trans Mujer (Hombre a Mujer) <input type="checkbox"/> Trans Hombre (Mujer a Hombre) <input type="checkbox"/> Género No Conforme (no exclusivamente masculino o femenino) <input type="checkbox"/> No lo se <input type="checkbox"/> Prefiero no responder	<input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Trans Mujer (Hombre a Mujer) <input type="checkbox"/> Trans Hombre (Mujer a Hombre) <input type="checkbox"/> Género No Conforme (no exclusivamente masculino o femenino) <input type="checkbox"/> No lo se <input type="checkbox"/> Prefiero no responder
<b>ORIENTACION SEXUAL</b>	<input type="checkbox"/> Heterosexual <input type="checkbox"/> Gay <input type="checkbox"/> Lesbiana <input type="checkbox"/> Bisexual <input type="checkbox"/> Cuestionando/Inseguro <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> No lo se <input type="checkbox"/> Prefiero no responder	<input type="checkbox"/> Heterosexual <input type="checkbox"/> Gay <input type="checkbox"/> Lesbiana <input type="checkbox"/> Bisexual <input type="checkbox"/> Cuestionando/Inseguro <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> No lo se <input type="checkbox"/> Prefiero no responder
<b>RAZA (SELECCIONAR HASTA 2)</b>	<input type="checkbox"/> Nativo Americano o Nativo Alaskao <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Negro o African Americano <input type="checkbox"/> Nativo Hawaiano o de Otras Islas del Pacificas <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> No lo se <input type="checkbox"/> Prefiero no responder	<input type="checkbox"/> Nativo Americano o Nativo Alaskao <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Negro o African Americano <input type="checkbox"/> Nativo Hawaiano o de Otras Islas del Pacificas <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> No lo se <input type="checkbox"/> Prefiero no responder
<b>ETNICIDAD</b>	<input type="checkbox"/> No Hispano / No Latino <input type="checkbox"/> Hispano / Latino <input type="checkbox"/> No lo se <input type="checkbox"/> Prefiero no responder	<input type="checkbox"/> No Hispano / No Latino <input type="checkbox"/> Hispano / Latino <input type="checkbox"/> No lo se <input type="checkbox"/> Prefiero no responder
<b>VETERANO MILITAR DE EE. UU.</b>	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No lo se <input type="checkbox"/> Prefiero no responder	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No lo se <input type="checkbox"/> Prefiero no responder
<b>¿HA SIDO AFECTADO FINANCIERAMENTE POR COVID-19?</b>	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No lo se <input type="checkbox"/> Prefiero no responder	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No lo se <input type="checkbox"/> Prefiero no responder
<b>EN CASO AFIRMATIVO, EXPLIQUELO POR FAVOR.</b>		













## Servicios de Respuesta Comunitaria y Sistema de Información para la Gestión de Personas sin Hogar (HMIS) Consentimiento informado de los consumidores y Autorización para Divulgar Información

Yo \_\_\_\_\_ entiendo que la información sobre mí y /o mis dependientes enumerados en esta solicitud se ingresa en un sistema de base de datos llamado Clarity Human Services. Este Sistema ayuda a comprender mejor la falta de vivienda, a mejorar la prestación de servicios y a evaluar la eficacia de los servicios prestados. La participación en la recopilación de datos es un componente fundamental de la capacidad de nuestra comunidad para proporcionar los servicios y la vivienda más eficaces posibles. La información está protegida limitando el acceso y limitando la información que se puede compartir. El acceso a los datos y el intercambio de datos cumplen con los estándares establecidos por las regulaciones federales, estatales y locales que rigen la confidencialidad de los registros de los clientes. Cada persona y agencia autorizada para leer o ingresar información en el Sistema ha firmado un acuerdo para mantener la seguridad y confidencialidad de la información.

Como parte de la evaluación de Community Response y Connected Youth Initiative, sus datos se compartirán con Nebraska Children y sus evaluadores del Munroe-Meyer Institute. Su nombre no se incluirá en ninguna de la información que se proporcione al equipo de evaluación. Todos los datos se resumen como un grupo. Puede optar por no participar en la evaluación. Si tiene preguntas, llame a la Dra. Barbara Jackson al 402-559-5765

**Al firmar este formulario, autorizo lo siguiente:**

- La información recopilada por esta agencia se incluirá en Clarity Human Services y solo las agencias asociadas, que hayan celebrado un acuerdo de participación HMIS, pueden usarla para:
  - Producir un perfil de cliente en la admisión que se compartirá con las agencias colaboradoras
  - Producir informes a nivel agregado sobre el uso de servicios
  - Seguimiento de los resultados individuales a nivel de programa
  - Identificar necesidades de servicio no satisfechas y planificar mejoras
  - Asignar recursos entre agencias involucradas en servicios
  - Compartir información de la evaluación CR / CYI

**Al firmar este formulario, autorizo lo siguiente:**

Autorizo a las agencias asociadas y sus representantes a compartir información básica sobre los miembros de mi familia que se enumeran a continuación y / o yo. Entiendo que esta información tiene el propósito de evaluar mis / nuestras necesidades de vivienda, asistencia con los servicios públicos, alimentos, asesoramiento y / u otros servicios.

**La información puede consistir en el siguiente IPP (Información Personal Protegida):**

• Información de vivienda	• Residencia antes de la entrada al proyecto	• Condición Incapacitante
• Nombre	• Género	• Historia de las Personas sin Hogar
• Fecha de Nacimiento	• Número de Seguridad Social	• Foto (si corresponde)
• Composición familiar	• Etnia y Raza	• Violencia Doméstica
• Estado del Seguro Médico	• Programa de ubicación del cliente	• Servicios de Entrada y Salida
• Estado de veterano con ingresos / no monetario	•	• Evaluaciones Proporcionadas



**Entiendo que:**

- Las agencias asociadas han firmado acuerdos para tratar mi información de manera profesional y confidencial. Tengo derecho a ver las políticas de confidencialidad del cliente que utilizan las agencias asociadas de HMIS
- Los miembros del personal de las agencias asociadas que verán mi información han firmado acuerdos para mantener la confidencialidad con respect a mi información.
- Que se comparta mi información para la evaluación CR / CYI
- La divulgación de mi información no garantiza que recibiré asistencia; mi negative a autorizar el uso de mi información no me descalifica para recibir asistencia.
- Mis registros están protegidos por las reglamentaciones federales, estatales y locales que rigen la confidencialidad de los registros de los clients y no pueden divulgarse sin mi consentimiento por escrito a menos que se disponga lo contrario en las reglamentaciones.
- Esta autorización permanecerá en vigor hasta que la revoque por escrito, y puedo revocar la autorización en cualquier momento. Si revoco mi autorización, toda la información sobre mí que ya esté en la base de datos permanecerá
- Este comunicado es válido por un año a partir de la fecha de mi firma a continuación
- Entiendo que puedo retirar mi consentimiento en cualquier momento.
- Entiendo que H3C Response System, Central Navigator, Heartland United Way y sus socios y organizaciones de asistencia comunitaria no pueden condicionar las decisions sobre mi tratamiento, pago, inscripción o elegibilidad para beneficios o servicios sobre si firmo o no esta autorización. Una copia de esta autorización será tan válida como el original.
- Agencias asociadas: Se puede ver una lista de las agencias asociadas dentro del Sistema de información para la gestión de personas sin hogar de Nebraska antes de firmar este formulario.
- Los auditors o financiadores que tienen derechos legales para revisar el trabajo de esta agencia, incluido el Departamento de Vivienda y Desarrollo Urbano de EE. UU. Y el Programa de Asistencia para Personas sin Hogar del Departamento de Salud y Servicios Humanos de Nebraska pueden ver mi archivo complete en el HMIS si los servicios recibidos son financiados por su Departamento /s.

**Escriba sus iniciales en una de los siguientes niveles de consentimiento:**

\_\_\_\_\_Dot autorización para que la información personal protegida y relevante para mí y mis dependientes ingrese en el NMIS y se comparta entre las agencias asociadas.

**OR**

\_\_\_\_\_No doy mi consentimiento para la inclusion de información personal en el NMIS sobre mí y mis dependientes.

\_\_\_\_\_  
**Nombre del Cliente**

\_\_\_\_\_  
**Firma del Cliente**

\_\_\_\_\_  
**Fecha**

\_\_\_\_\_  
**Firma de Testigo**

\_\_\_\_\_  
**Nombre del Testigo**

\_\_\_\_\_  
**Firma de Testigo**

\_\_\_\_\_  
**Fecha**

### CR/CYI Encuesta de Información del Participante

*INSTRUCCIONES: Todas las partes de la Encuesta de Información del Participante deben completarse al comienzo de la participación en Community Responses o Connected Youth Initiative. El formulario puede completarse con la ayuda de un navegador central u otro proveedor de servicios, si fuese necesario.*

**Para cada uno de las siguientes, marque la respuesta que más se asemeje a cómo usted se siente**

CONEXIONES SOCIALES	A. PARA NADA COMO MI VIDA	B. NO SE PARECE MUCHO A MI VIDA	C. ALGO COMO MI VIDA	D. SE PARECE MUCHO A MI VIDA	E. JUSTO COMO MI VIDA	N/A NO TENGO HIJOS
Yo tengo personas que creen en mi						
Yo tengo alguien en mi vida quien me aconseja, aunque sea difícil de escuchar						
Cuando estoy trabajando en lograr alguna meta, tengo amigos quienes me apoyarán						
Cuando necesito de alguien que cuide a mis hijos de improvise, yo puedo encontrar a alguien en quien confié						
To tengo gente a la que preguntar con confianza enseñes acerca de (marque todos los que apliquen):	<input type="checkbox"/> Dinero/Facturas/Presupuesto <input type="checkbox"/> Relaciones y/o mi vida amorosa <input type="checkbox"/> Comida/Nutrición			<input type="checkbox"/> Estrés, ansiedad y/o depresión <input type="checkbox"/> Crianza/ mis hijos (si aplica) <input type="checkbox"/> Ninguna de las anteriores		
APOYO CONCRETO	A. PARA NADA COMO MI VIDA	B. NO SE PARECE MUCHO A MI VIDA	C. ALGO COMO MI VIDA	D. SE PARECE MUCHO A MI VIDA	E. JUSTO COMO MI VIDA	
Pude cubrir todos mis gastos el mes pasado (los gastos incluyen costos como alquiler, facturas de servicios públicos, alimentos, transporte, cuidado de niños y gastos médicos)						
El medio de transporte que uso es confiable y consistente						
Mi situación de vivienda es económica, segura y estable						
En los últimos tres meses, mis hijos y yo hemos podido ir al doctor cuando lo hemos necesitado. (Si no tiene hijos, conteste solo por usted)						
En los últimos tres meses, encontré un trabajo y/o trabajé cuando lo necesitaba						