



An Anthem Company

https://providers.amerigroup.com

Foundational Community Supports: Evaluación de apoyo de vivienda

Evaluación inicial

Reautorización

* Indica un campo obligatorio.

Fecha:	*Nombre:	*No. de ID de Provider One:	*Fecha de nacimiento:
Dirección (si no tiene dirección postal, especifique la ciudad):		Dirección de correo electrónico:	
Número telefónico:		Veterano: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
¿Es miembro de una tribu de indios americanos/nativos de Alaska reconocida federalmente? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Si es sí, especifique de cuál tribu:	

Parte A: Criterios basados en necesidades

La información de esta sección es necesaria con el fin de determinar la elegibilidad para servicios de apoyo de vivienda.

*Necesidad de salud para servicios de apoyo comunitario (debe seleccionar por lo menos una).

¿Cumple el cliente uno de los siguientes criterios (según lo determinado por una agencia autorizada de salud del comportamiento)?

- Diagnosticado con una enfermedad mental que produce la necesidad de mejora, estabilización o prevención de deterioro del funcionamiento, según lo definido en los [Estándares de acceso al cuidado](#)
- Diagnosticado con un trastorno por el uso de sustancias, según lo determinado por cumplir un nivel de 1 o mayor de los criterios de la American Society of Addiction Medicine

¿Cumple el cliente uno de los siguientes criterios, determinado por una evaluación de recursos de valoración integral?

- Necesita asistencia con por lo menos tres actividades de la vida cotidiana (ADLs)
- Necesita asistencia práctica con por lo menos una ADL que puede necesitar cuidado corporal

¿Es el cliente un indigente que tiene una discapacidad, determinada por una evaluación de entrada coordinada?

Elija un detalle.

Se evaluó que la persona tiene una necesidad compleja de salud, la cual se define como condición física continua prolongada o indefinida que necesita mejora, estabilización o prevención de deterioro del funcionamiento (incluyendo la capacidad de vivir independientemente sin apoyo).

*Factores de riesgo (A ser aprobados por un profesional calificado; debe seleccionar por lo menos un factor de riesgo).

Documente cualquier condición y/o diagnóstico que contribuya con una o más de las siguientes deficiencias funcionales:

Crónicamente indigente

Una persona indigente no acompañada que tiene una condición discapacitante que ha estado sin hogar durante un periodo de por lo menos un año, o una persona indigente no acompañada que tiene una condición discapacitante que ha tenido por lo menos cuatro episodios de indigencia no acompañada, siempre y cuando las ocasiones combinadas equivalgan a por lo menos 12 meses.

Contactos institucionales frecuentes o prolongados

¿Está haciendo la transición fuera de un entorno institucional?*** Elija un detalle.

- Enfermería
- Hospitalización psiquiátrica por 90 días o más
- Hospitalización médica por 90 días o más
- Programa correccional o institución
- Centro de cuidado tutelar u otro centro para jóvenes

**** Nota:** Los servicios no serán autorizados si usted está ubicado actualmente dentro de una institución para enfermedades mentales (IMD) o centro correccional hasta que haga la transición fuera del entorno.

¿Ha usted residido dentro de uno los entornos institucionales de arriba múltiples veces el año pasado?

Elija un detalle.

Número de veces:

Estadías frecuentes de cuidado residencial:

¿Ha usted residido dentro de un centro de cuidado residencial múltiples veces el año pasado? Elija un detalle.

- Centro de evaluación y tratamiento — número de veces:
- Centro de tratamiento para el uso de sustancias en hospitalización — número de veces:
- Centro de desintoxicación — número de veces:
- Centro de cuidado residencial para adultos — número de veces:

Rotación frecuente de cuidadores en el hogar:

¿Ha experimentado una rotación frecuente de cuidadores en el hogar? Elija un detalle.

Dentro de los últimos 12 meses, utilizó tres distintos proveedores de cuidadores en el hogar

Puntuación PRISM de 1.5 o más:

Puntuación PRISM:

(Póngase en contacto con el TPA, MCO, BHO, hogar de salud o encargado de caso de HCS para obtener la puntuación de riesgo PRISM).

Detalles:**Parte B: Evaluación de vivienda**

Llénela lo mejor que pueda. La información de esta sección evalúa las preferencias, necesidades y recursos de vivienda de la persona. Esta información no afecta la elegibilidad.

Fortalezas:

Identifique los atributos individuales que apoyan su capacidad de obtener y mantener la vivienda:

Motivado a obtener vivienda:	Elija un detalle.
Historial de renta a largo plazo:	Elija un detalle.
Apoyo de la familia/amigos:	Elija un detalle.
Pago de renta/servicios públicos:	Elija un detalle.
Cumplimiento del arrendamiento:	Elija un detalle.
Labores domésticas:	Elija un detalle.
Administración del dinero:	Elija un detalle.
Conducción/uso de transporte público:	Elija un detalle.

Coordinación de reparaciones al apartamento:	Elija un detalle.
Manejo/uso de cuidadores:	Elija un detalle.
Manejo de necesidades de cuidado de la salud:	Elija un detalle.
Mantener beneficios:	Elija un detalle.
Comprar comida y productos necesarios:	Elija un detalle.
Tomar medicamentos:	Elija un detalle.
Abastecer recetas:	Elija un detalle.
Higiene:	Elija un detalle.
Pagar cuentas:	Elija un detalle.
Llevarse bien con los vecinos, propietarios, etc.:	Elija un detalle.
Preparación de comidas:	Elija un detalle.
Motivado a resolver problemas legales/crediticios:	Elija un detalle.
Deseo de trabajar o participar en actividades comunitarias:	Elija un detalle.
Otro:	Elija un detalle.

Situación de vivienda

- Indigente (el estado de no tener casa)
- Vive en un lugar que no está hecho para que lo habiten humanos (por ejemplo: carro)
- En un refugio de emergencia
- Indigente pero admitido a un hospital u otra institución por menos de 30 días
- En riesgo inminente de perder su vivienda
- Desalojado o con hipoteca ejecutada dentro de 30 días sin ninguna residencia futura identificada
- De casa en casa de amigos (coach surfing) o en alojamiento compartido (doubled up)
- Otra

Si el cliente tiene alojamiento actualmente, ¿cuál es el tipo de vivienda?

- Vivienda transitoria/temporal
- Vivienda permanente

Preferencia de vivienda

Entorno: Urbano/centro de la ciudad Urbano/comunidad residencial Suburbano Rural/pueblo pequeño

Cerca de: Transporte Compras Servicios médicos Familia/amigos Lugar de culto
 Recreación/cultural Otro

Espacio de vivienda: Estudio 1 habitación 2 habitaciones Lavandería en el sitio No fumar
 Se permite fumar Se permiten mascotas Planta baja/elevador Unidad accesible
 Estacionamiento

Describa otras preferencias relevantes de vivienda:

Estado laboral

- Desempleado
- Empleado a tiempo parcial
- Empleado a tiempo completo
- Actividades no remuneradas de empleo
- Inscrito en un programa de capacitación/educación

Información personal relacionada con la búsqueda de vivienda:

¿Usa usted una silla de ruedas? Elija un detalle. Ancho:

Manual o eléctrica:

¿Tiene usted una mascota? Elija un detalle. ¿Tiene usted un animal de servicio? Elija un detalle.

¿Fuma usted? Elija un detalle. ¿Usa usted marihuana medicinal? Elija un detalle.

¿Ha prestado servicios en las Fuerzas Armadas de los Estados Unidos con una baja calificada? Elija un detalle.

¿Alguna vez ha sido arrestado? Elija un detalle.

De ser así, ¿le formularon cargos y lo condenaron por un delito? Elija un detalle.

¿Es usted un transgresor sexual registrado o ha sido condenado por fabricar metanfetaminas? Elija un detalle.
(Si es sí, no se permiten subsidios federales)

¿Vivirá alguna otra persona con usted? Elija un detalle.

Si es sí, anote el nombre y la información de contacto.

Familia/pareja/amigo

Ayudante residente

Describa otra información personal relevante relacionada con la búsqueda de vivienda:

Historial de vivienda

¿Tiene usted algún historial de renta? Elija un detalle.

¿Alguna vez ha recibido vivienda subsidiada de una autoridad pública de vivienda? Elija un detalle.

¿Le adeuda usted a alguien o a alguna autoridad pública de vivienda renta atrasada? Elija un detalle.

¿Alguna vez ha sido desalojado de una vivienda de alquiler? Elija un detalle. Fechas:

Información de transporte

¿Depende usted del transporte público? Elija un detalle. ¿Tiene usted un vehículo? Elija un detalle.

Describa sus necesidades de transporte:

Fuente de los ingresos

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Seguro Social: | <input type="checkbox"/> Housing and Essential Needs: |
| <input type="checkbox"/> Pensión: | <input type="checkbox"/> Aged, blind or disabled: |
| <input type="checkbox"/> Ingresos del Seguro Social: | <input type="checkbox"/> Empleo: |
| <input type="checkbox"/> Ingresos por discapacidad del Seguro Social: | <input type="checkbox"/> Otro: |
| <input type="checkbox"/> Temporary Aid for Needy Families: | |

Ingresos totales

- Menos de \$10,000
- \$10,000-\$14,999
- \$15,000-\$19,999
- \$20,000-\$24,999
- \$25,000-\$29,999
- \$30,000-\$34,999
- \$35,000 o más

Documentación disponible

- | | | |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Tarjeta del Seguro Social | <input type="checkbox"/> Identificación con fotografía | <input type="checkbox"/> Prueba de ingresos |
| <input type="checkbox"/> Documentación de otros recursos | <input type="checkbox"/> Resultados de verificación de antecedentes | |
| <input type="checkbox"/> Certificado de nacimiento | <input type="checkbox"/> Estado de residente legal | <input type="checkbox"/> Receptor protectorio de fondos |

Opciones de vivienda a revisar/explorar

¿Está disponible y es apropiada para la persona alguna de las opciones a continuación?

Asistencia de pago de renta basada en el inquilino:

- Opción de vivienda
- Discapacitado no anciano
- Vivienda de apoyo de asistencia para veteranos
- Programa de unificación familiar
- HOPWA
- Otro

Subsidio para pago de renta basado en el proyecto de vivienda:

- HUD 811
- HUD 202
- Crédito de impuesto de vivienda para bajos ingresos
- Otro, especifique:

Continuidad de cuidado:

- Cuidado en albergue
- HPRP
- Vivienda de apoyo permanente
- Vivienda de transición
- Otro

Subsidiada por el Departamento de Comercio:

**Otro subsidio de HUD o USDA:
Programa del condado/ciudad:
Otro:**

Notas:

Evaluación completada por:	Cargo/credenciales:	Fecha:
Firma:		
Evaluación supervisada por (si aplica):	Cargo/credenciales:	Fecha:
Firma:		
*Consentimiento del inscrito para los servicios (nombre en letra de imprenta):		
*Firma del inscrito:	*Fecha:	

Notas:
