



JÓVENES EN EDAD DE TRANSICIÓN (18 A 24 AÑOS)
ÍNDICE DE VULNERABILIDAD Y HERRAMIENTA PARA LA ASISTENCIA EN LA TOMA DE DECISIONES PARA PRIORIZAR LOS SERVICIOS
TAY-VI-SPDAT VERSIÓN 1.0

INSTRUCCIONES PARA EL PERSONAL:

- Consulte HMIS para ver si la persona ya fue remitida a la Lista de prioridades de vivienda correspondiente.
 - Si respondió Sí, actualice la información en la pestaña Assessments (Evaluaciones) en el perfil del cliente, incluyendo, entre otros, información sobre la determinación de situación crónica de falta de casa, información de discapacidades e información de contacto del cliente.
 - Si respondió No, verifique si la persona completó un TAY-VI-SPDAT v.1.0.
 - Si respondió Sí, actualice la información crítica en la pestaña Evaluaciones y haga una remisión a la lista de prioridades apropiada. Complete otro TAY-VI-SPDAT únicamente si hay un cambio de vida relevante. Un cambio de vida relevante incluye: cambio en los miembros del grupo familiar, cambio en los diagnósticos de salud, otras interacciones con servicios de emergencia (suficiente para cambiar la puntuación de la evaluación).
 - Si no ha sido remitido, complete el TAY-VI-SPDAT v1.0.

- Revise cuidadosamente cada uno de los puntos de abajo con el participante, ayudándole a entender qué es la Evaluación:
 - Revise la Revelación de información de HMIS y la Revelación de información de la Entrada coordinada (CE)
 - Informe al participante que la evaluación incluye una serie de preguntas. El propósito de estas preguntas es determinar el orden en que las personas pueden ser contactadas para recibir unidades de vivienda con o sin servicios de apoyo. Debería tomar de 10 a 20 minutos.
 - Enfatique que aunque se complete esta evaluación y esté en la Lista de espera para vivienda del Condado de Dane, *esto no garantiza la vivienda*. Asegúrese de que el participante entienda que es muy importante que continúe tratando de obtener vivienda por otros medios, y que no espere a que posiblemente se le asigne vivienda solo por esta lista.
 - Explique que esta evaluación no es como una solicitud de vivienda normal, es decir, no hay nada a lo que puedan decir “sí” que afecte sus oportunidades de obtener vivienda.
 - Dígame al participante que algunas de las preguntas son de naturaleza sensible y pueden ser difíciles. Informe al participante que esta evaluación se enfoca en la vulnerabilidad, de modo que hasta donde se considere capaz, anímelo a dar respuestas precisas para que la Evaluación funcione en su propio beneficio. Haga saber al participante que puede negarse a responder cualquiera de las preguntas.
 - Asegúrese de obtener el consentimiento explícito para participar.
 - Pregunte al participante si tiene alguna duda.

- Complete la documentación en el orden siguiente:
 1. Revelación de información
 - Firmas y fechas de los participantes
 - Dé su información como testigo, incluyendo su afiliación a la agencia
 2. Información básica sobre el participante necesaria para completar la Evaluación en HMIS
 3. TAY-VI-SPDAT: Es fundamental acompañar al participante durante todo este proceso y permanecer como oyente activo.
 - Debe hacer las preguntas como están escritas y en el orden en que aparecen. Sin embargo, está bien repetir las preguntas y aclarar las preguntas que no estén claras para el participante.
 - Cuando las preguntas se limitan a un período específico, por ejemplo, “En los últimos 6 meses...”, cuente 6 meses hacia atrás e incluya el nombre del mes, es decir, “En los últimos 6 meses, o desde enero”. Esto puede ayudar a aclarar sobre qué período de tiempo está preguntando.
 - Recuerde que esta es una evaluación de un reporte propio; registre las respuestas que dé el participante. De nuevo, anime al participante para que sea tan honesto como pueda.



Liberación de Información de Entrada Coordinada

Consortio de Servicios para Personas sin Hogar (HSC por sus siglas en inglés) del Condado de Dane

La Entrada Coordinada es un proceso desarrollado para asegurar que todas las personas que estén pasando por una crisis de vivienda tengan un acceso justo y equitativo a los servicios y asistencia de vivienda.

El propósito de la Liberación de Información de Entrada Coordinada es el de permitir que los proveedores de vivienda y servicios compartan información para poder comunicarse con los participantes, coordinar los servicios, y/o determinar la elegibilidad para las oportunidades de albergue y vivienda. Esta información puede ser compartida en las juntas de conferencias de casos. La conferencia de casos es una reunión de coordinación de varias agencias que se centra en proporcionar vivienda a los clientes. Se identifican los próximos pasos para conectar a las personas con la vivienda e incluyen la asignación de una parte responsable y una fecha de cumplimiento del objetivo.

La siguiente información acerca de cada miembro del hogar puede ser compartida:

- Nombre, fecha de nacimiento, número de personas en el hogar
- Información de Contacto incluyendo el correo electrónico y el número de teléfono
- Estado de persona sin hogar e historial de vivienda
- Conexión a recursos convencionales
- Información relacionada con la salud mental o física, uso de alcohol y otras drogas, enfermedades relacionadas con el VIH/SIDA, discapacidades del desarrollo
- Cantidad y fuente de ingresos mensuales

Esta Liberación de Información se ejecuta con el entendimiento de que solo la información que se considere necesaria para los fines de la Entrada Coordinada se compartirá entre los proveedores de servicios y viviendas relevantes que se enumeran a continuación.

Servicios para Jóvenes Briarpatch	Focus Counseling	The Road Home del Condado de Dane (TRH)
Catalyst for Change (CFC)	Friends of the State Street Family (FSSF)	The Salvation Army del Condado de Dane (TSA)
Caridades Católicas - The Beacon	Housing Initiatives, Inc. (HII)	Salud de Comportamiento y Comunidad Sankofa
Ciudad de Madison - División de Desarrollo Comunitario (CDD)	Institute for Community Alliances (ICA)	Solace Friends, Inc.
Coalición de Acción Comunitaria (CAC)	JustDane	Servicios para personas sin hogar Tellurian
Autoridad del Desarrollo Comunitario (CDA)	Servicios de Recuperación Kabba	UnityPoint Health – Programa de SALUD de Meriter
Departamento de Servicios Humanos del Condado de Dane - Acceso y Asequibilidad a la Vivienda y Salud del Comportamiento	Servicios Sociales Luteranos (LSS)	Urban Triage (UT)

Housing Authority del Condado de Dane (DCHA)	Madison Street Medicine, Inc. (MSM)	Departamento de Asuntos de Veteranos de EE. UU. (VA)
Coordinador de Reingreso a la Cárcel del Condado de Dane	Occupy Madison, Inc.	Vivent Health
Servicios de Intervención de Abuso Doméstico (DAIS)	Centro Comunitario OutReach LGBTQ+	Departamento de Asuntos de Veteranos de Wisconsin (WDVA)
Equitable Social Solutions (ESS)	Porchlight, Inc.	YWCA Madison

Su firma a continuación indica que entiende la información proporcionada por el personal de Entrada Coordinada, ha recibido respuestas a sus preguntas y ha elegido libremente participar en la Entrada Coordinada del Consorcio de Servicios para Personas sin Hogar del Condado de Dane.

Al aceptar participar en la Entrada Coordinada, usted no está renunciando a ninguno de sus derechos legales. Esta autorización sigue siendo válida hasta que usted revoque el permiso.

Yo reconozco que he revisado mis derechos tal como se describen y que he recibido una copia de *Información Adicional Sobre el Uso y Divulgación de Información Protegida* (**proporcione la última página al participante**).

Nombre del Participante (escriba claro)

Firma del Participante (o una marca)

Fecha

El consentimiento verbal fue obtenido por teléfono (marque si corresponde)

Nombre del Testigo (escriba claro)

Agencia/Afiliación del Testigo

Firma del Testigo

Fecha

Administración

Nombre del asesor	Agencia del asesor	
Fecha de evaluación (mm/dd/aaaa)	Tipo de evaluación (Por teléfono, virtual o en persona)	Lugar de la evaluación (Oficina del administrador de casos, refugio de día, refugio de noche, Teléfono, calle u otro)

Información básica

Primer nombre	Apodo	Apellido
---------------	-------	----------

¿En qué idioma se siente mejor capaz de expresarse? _____

Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa)	Edad	Número de seguro social
----------------------------------	------	-------------------------

Consentimiento para participar: S N

A. Historia de la vivienda y la falta de vivienda

- ¿Dónde duermen usted y su familia con mayor frecuencia?
(seleccione una opción)
 Refugios
 Vivienda de transición
 Refugio seguro
 En la calle
 Alojamiento compartido
 Vehículo
 Otros (especifique): _____
- ¿Cuánto tiempo ha pasado desde que usted y su familia vivieron en una vivienda estable permanente?
 menos de una semana entre 1 semana y 3 meses entre 3 y 6 meses
 entre 6 meses y 1 año entre 1 y 2 años más de 2 años
- En los últimos tres años, ¿cuántas veces usted y su familia han estado sin hogar? _____
(1, 2, 3, 4, 5 o más veces)

B. Riesgos

- En los últimos seis meses, cuántas veces usted o alguien de su familia...
(0,1, 2, 3, 4, 5 o más veces)
 - ¿Recibió atención médica en un departamento/sala de emergencia? _____ Rehusó
 - ¿Lo llevaron en una ambulancia al hospital? _____ Rehusó
 - ¿Lo hospitalizaron como paciente interno? _____ Rehusó
 - ¿Usó un servicio de crisis, incluyendo crisis de agresión sexual, crisis de salud mental, violencia familiar/íntima, centros de angustia y líneas directas de prevención de suicidio? _____ Rehusó
 - ¿Habló con la policía porque fue testigo de un delito, fue víctima de un delito, o el presunto autor de un delito o porque la policía le dijo que debía irse de algún lugar? _____ Rehusó
 - ¿Pasó una o más noches en una celda de detención, cárcel o prisión, ya sea una estancia a corto plazo como la celda de alcohólicos, una estancia más larga por un delito más grave o algo intermedio? _____ Rehusó

5. ¿Lo han atacado o golpeado desde que se quedó sin hogar? S N Rehusó
6. ¿Ha amenazado o tratado de hacerse daño a sí mismo o a otra persona en el último año? S N Rehusó
7. ¿Tiene algún problema legal en este momento que pueda resultar en que lo encierren, tenga que pagar multas o que pueda hacer que sea más difícil alquilar un lugar para vivir? S N Rehusó
8. ¿Alguna vez lo encarcelaron cuando era menor de 18 años? S N Rehusó
9. ¿Alguien lo obliga o engaña para que haga cosas que no quiere hacer? S N Rehusó
10. ¿Alguna vez hizo cosas que *pueden* considerarse riesgosas, como intercambiar sexo por dinero, vender drogas, tener sexo sin protección con alguien que no conoce, compartir una aguja o algo por el estilo? S N Rehusó

C. Socialización

11. ¿Hay *alguna persona*, propietario anterior, negocio, corredor de apuestas, distribuidor o grupo gubernamental como el IRS, que *piense* que usted le debe dinero? S N Rehusó
12. ¿Recibe algún dinero del gobierno, una pensión, una herencia, un trabajo clandestino, un trabajo regular, o algo por el estilo? S N Rehusó
13. ¿Tiene actividades planeadas, *además de simplemente sobrevivir*, que lo haga sentir feliz y satisfecho? S N Prefiero
14. ¿Puede atender las necesidades básicas como bañarse, cambiarse de ropa, usar el baño, obtener comida y agua limpia, y otras cosas por el estilo? S N Prefiero
15. ¿Su falta actual de vivienda estable se debe a...
 a.) que se fue de la casa de su familia, de una casa de grupo o de un casa de acogida? S N Rehusó
 b.) una diferencia en las creencias religiosas o culturales de sus padres, tutores o cuidadores? S N Rehusó
 c.) que su familia o amigos hicieron que se quedara sin hogar? S N Rehusó
 d.) conflictos en torno a la identidad de género o la orientación sexual? S N Rehusó
 e.) la violencia en casa entre familiares? S N Rehusó
 f.) una relación malsana o abusiva, ya sea en casa o en otro lugar? S N Rehusó

D. Bienestar

16. ¿Alguna vez ha tenido que dejar un apartamento, un programa de refugio u otro lugar donde se hospedaba debido a su salud física? S N Rehusó
17. ¿Tiene problema de salud crónico en el hígado, los riñones, el estómago, los pulmones o el corazón? S N Rehusó
18. Si hubiera espacio disponible en un programa que asiste específicamente a personas que viven con VIH o SIDA, ¿le interesaría? S N Rehusó

19. ¿Tiene alguna discapacidad física que limitaría el tipo de vivienda a la que podría acceder, o dificultaría vivir de manera independiente porque necesitaría ayuda? S N Rehusó
20. Cuando está enfermo o no se siente bien, ¿evita buscar ayuda? S N Rehusó
21. ¿Está embarazada, alguna vez estuvo embarazada o alguna vez dejó embarazada a alguien? S N Rehusó
22. ¿Su consumo de drogas o de alcohol llevó a que lo expulsen de un apartamento o programa en el que se hospedaba en el pasado? S N Rehusó
23. ¿El consumo de drogas o alcohol puede hacerle difícil permanecer en casa o pagar su vivienda? S N Rehusó
24. Si alguna vez ha consumido marihuana, ¿la probó alguna vez a los 12 años o antes S N Rehusó
25. ¿Alguna vez tuvo problemas para mantener su vivienda, o lo expulsaron de un apartamento, programa de refugio u otro lugar en el que se hospedaba debido a:
- a.) un problema o preocupación de salud mental? S N Rehusó
- b.) una lesión en la cabeza? S N Rehusó
- c.) una discapacidad de aprendizaje, una discapacidad del desarrollo u otro impedimento? S N Rehusó
26. Tiene problemas de salud mental o cerebral que le dificultarían vivir de manera independiente porque necesitaría ayuda? S N Rehusó
27. ¿Hay algún medicamento que un médico dijo que debería tomar y que, *por alguna razón*, no está tomando? S N Rehusó
28. ¿Hay algún medicamento como analgésicos no tome en la manera en que el médico lo recetó o donde venden el medicamento? S N Rehusó

Preguntas de seguimiento

<p>En un día normal, ¿dónde es más fácil encontrarlo y a qué hora del día es más fácil hacerlo?</p>	<p>Lugar: _____</p> <p>Hora: _____</p> <p><input type="radio"/> O</p> <p><input type="checkbox"/> Mañana <input type="checkbox"/> Tarde <input type="checkbox"/> Atardecer <input type="checkbox"/> Noche</p> <p>¿Hay otras agencias con las que está en contacto a las que podamos contactar si necesitamos hacerle un seguimiento? De ser así, ¿qué agencias?</p> <p>_____</p>
<p>¿Hay algún teléfono o correo electrónico donde alguien pueda comunicarse con usted de manera segura o dejarle un mensaje?</p>	<p>Teléfono: _____</p> <p>Correo electrónico: _____</p>
<p>Si quiere, puedo tomarle una foto y agregarla a su perfil de cliente. Al hacer esto, puede que sea más fácil encontrarlo en el futuro y confirmar su identidad. ¿Quiere que le tome una foto?</p>	<p><input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Rehusó</p>

E. Preguntas complementarias

	Respuesta
¿Qué sexo tiene?	<input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Transfemenino (MTF o de masculino a femenino) <input type="checkbox"/> Transmasculino (FTM o de femenino a masculino) <input type="checkbox"/> Género no conforme (es decir, no exclusivamente masculino o femenino) <input type="checkbox"/> El cliente no lo sabe <input type="checkbox"/> El cliente prefiere no responder
¿Cuántas personas hay en su grupo familiar?	
¿Es sobreviviente de violencia doméstica? Si respondió Sí, ¿cuándo fue la más reciente? <input type="checkbox"/> En los últimos 3 meses <input type="checkbox"/> Entre 3 y 6 meses atrás <input type="checkbox"/> Entre 6 meses y un año atrás <input type="checkbox"/> Hace un año o más Si respondió Sí, ¿está actualmente huyendo de la violencia doméstica?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Rehúso <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Rehúso
¿Está sirviendo actualmente o alguna vez ha servido en las Fuerzas Armadas de los EE. UU.? Estado de descarga: ¿Tiene un formulario DD214 archivado? (Escanee el formulario en HMIS si es posible) ¿Ha pedido un formulario DD214? Si es así, fecha en que lo pidió: Fecha en que el cliente entró en el servicio militar: Rama de las Fuerzas Armadas: ¿Es elegible para los servicios V. A.?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Rehúso <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <hr/> <hr/> <hr/> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Rehúso
SITUACIÓN DE VIDA EN EL MOMENTO DE LA EVALUACIÓN: <i>Registre el arreglo de vivienda del cliente la noche anterior, es decir, la noche antes de que el cliente completara esta evaluación. *</i> *Si el arreglo de vivienda del cliente no es una de las opciones mencionadas arriba, el grupo familiar no está literalmente sin hogar en la actualidad y no califica para completar la evaluación en este momento y no debe colocarse en la lista de prioridades.	<u>Seleccione solo una opción:</u> <input type="checkbox"/> Lugar no destinado a la habitación humana <input type="checkbox"/> Refugio de emergencia, incluyendo un hotel o motel pagado con un vale de un refugio de emergencia <input type="checkbox"/> Vivienda de transición para personas sin hogar (incluyendo los jóvenes sin hogar)
Duración de la estancia en la situación de vivienda seleccionada directamente arriba: <input type="checkbox"/> Una noche o menos <input type="checkbox"/> Un mes o más, pero menos de 90 días <input type="checkbox"/> De dos a seis noches <input type="checkbox"/> 90 días o más, pero menos de un año <input type="checkbox"/> Una semana o más, pero menos de un mes <input type="checkbox"/> Un año o más	

<p>¿Fecha aproximada en que comenzó su estancia en la calle, refugio o refugio seguro?</p> <p>¿Cuántas veces ha estado en la calle, en un refugio o en un refugio seguro en los últimos 3 años, incluyendo el día de hoy?</p>	<p>_____</p> <p>_____</p>
<p>¿Número total de meses que ha estado sin hogar en los últimos 3 años? (Tenga en cuenta que esto no puede exceder los 36 meses)</p> <p>_____</p>	
<p>¿Tiene alguna condición de discapacidad o problema de la lista de abajo? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Rehusó</p> <p>Si respondió Sí, seleccione todas las opciones que correspondan:</p> <p><input type="checkbox"/> Discapacidad física <input type="checkbox"/> VIH - SIDA <input type="checkbox"/> Problema de abuso de sustancias</p> <p><input type="checkbox"/> Discapacidad del desarrollo <input type="checkbox"/> Problema de salud mental <input type="checkbox"/> Abuso de alcohol</p> <p><input type="checkbox"/> Condición crónica de salud <input type="checkbox"/> Drogadicción</p> <p><input type="checkbox"/> Alcoholismo y drogadicción</p>	
<p>¿Recibe SSI o SSDI?</p> <p>Si respondió No, ¿ha ido a un médico o hay algún profesional que pueda verificar estas discapacidades?</p> <p>Si es así, ¿dónde? (si el cliente quiere, puede compartir el nombre del proveedor o de la clínica en este momento).</p>	<p><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Rehusó</p> <p><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p>
<p>¿Recibe ingresos de algún lugar?</p> <p>Si respondió Sí, indique las fuentes de ingresos y la cantidad mensual que recibe por cada uno.</p> <p><i>(Los ejemplos de fuentes de ingresos pueden incluir, entre otros: Ingresos del trabajo, seguro de desempleo, SSI, SSDI, Compensación de los Trabajadores, asistencia general, jubilación, manutención de menores, pensión alimenticia, otros, etc.)</i></p>	<p><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Rehusó</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
<p>Si una unidad de ocupación de habitación individual (SRO) está disponible en el futuro, ¿le interesaría?</p>	<p><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p>
<p>¿Ha salido usted o alguien de su grupo familiar de la cárcel o prisión en los últimos 12 meses?</p>	<p><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Rehusó</p>

MÁS INFORMACIÓN SOBRE EL USO Y REVELACIÓN DE INFORMACIÓN PROTEGIDA

Los proveedores mencionados en esta Autorización reconocen su derecho a la confidencialidad de la información protegida sobre atención médica, salud mental o tratamiento por abuso de sustancias según lo dispuesto por las leyes federales y estatales.

Esta autorización solo permite la revelación de información de y entre las organizaciones mencionadas en el formulario de revelación.

Tenga en cuenta estas directrices:

Reglas federales de privacidad de HIPAA, estatutos estatales de confidencialidad de sustancias/salud y leyes federales de abuso de sustancias

Hay situaciones en las que su información protegida se puede usar o revelar sin su autorización y estas situaciones se le explicarán cuando se solicite. Comuníquese con su proveedor (atención médica, salud mental o abuso de sustancias) si tiene preguntas sobre estas reglas/leyes.

Sin obligación de firmar

No tiene la obligación de firmar este formulario y puede negarse a hacerlo. Salvo que lo permita la ley aplicable, no se le pueden negar los servicios porque se niega a firmar.

Revocación

Tiene derecho a revocar esta Autorización, por escrito, en cualquier momento antes de que finalice. Comuníquese con cualquiera de las entidades mencionadas en el comunicado y lo ayudarán. Sin embargo, su revocación por escrito no afectará ninguna revelación de su salud e información relacionada que los proveedores mencionados ya hayan hecho, según esta Autorización, antes del momento en que usted la revoque.

Relanzamiento

Si las entidades autorizadas por este formulario para revelar o recibir su información/expedientes no están sujetas a las leyes federales de privacidad de la salud (por ejemplo, son entidades que no dan servicios de atención médica, salud mental o tratamiento por abuso de sustancias), la información que reciban puede perder su protección según las leyes federales de privacidad de la salud, y se les puede permitir a esas personas volver a revelar su información sin su permiso previo.

Derecho a inspeccionar

Al autorizar la revelación de sus expedientes de atención médica, salud mental o abuso de sustancias, tiene derecho a inspeccionar y obtener una copia del material que autorizó revelar, con ciertas excepciones previstas en las leyes estatales y federales. Si quiere hacer esto, comuníquese con la entidad correspondiente para obtener más información.

Firmas

Si tiene 18 años de edad o más, usted es la única persona que puede firmar este formulario para autorizar el uso o revelación de su registro de tratamiento de salud, salud mental o abuso de sustancias, a menos que tenga un tutor o un poder notarial o agente de atención médica. Si es menor de 18 años, su padre/madre (o tutor) tiene derecho a firmar este formulario por usted. *Sin embargo, existen situaciones según la ley estatal en las que a usted, como menor de edad, se le permite o se le exige dar su consentimiento para la revelación de información firmando este formulario en lugar de un padre/madre o tutor.* Para obtener más información sobre quién está autorizado a firmar este formulario, comuníquese con cualquiera de las entidades mencionadas en el comunicado y lo ayudarán.

Derechos y responsabilidades del participante

Si tiene una queja sobre los servicios que recibe a través del Sistema de Entrada Coordinada de Madison/Dane CoC, tiene derecho a presentar una queja formal. Puede encontrar las copias del formulario de Derechos y responsabilidades del participante en estos lugares: The Beacon, Porchlight, The Salvation Army, Tenant Resource Center o en www.danecountyhomeless.org.