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 el Sistema de administración de información de personas sin hogar (Homeless Management Information System, HMIS) para ver si la persona ya fue remitida a la Lista de prioridades de vivienda correspondiente.
    - Si es así, actualice la información en la pestaña Assessments (Evaluaciones) en el perfil del cliente, incluyendo, pero sin limitarse a: información sobre la determinación de situación crónica de falta de casa, información de discapacidades e información de contacto del cliente.
    - Si no, verifique si la persona completó un TAY-VI-SPDAT v.1.0.
        - Si es así, actualice la información esencial 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 el puntaje de la evaluación).
        - Si no, 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 (Coordinated Entry, 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.
    - Enfatice 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 probabilidades de obtener vivienda.
    - Dígale 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. Dígale 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
        ___ El participante tacha las agencias que no quiere que tengan acceso a su información
        ___ El participante selecciona la fecha de vencimiento de ROI, firma y coloca la fecha
        ___ 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 que no sean claras para el participante.
        - Cuando las preguntas se limitan a un período específico, es decir, "En los últimos seis meses…", cuente seis meses hacia atrás e incluya el nombre del mes, es decir, "En los últimos seis meses o desde enero…". Esto puede ayudar a aclarar sobre qué período 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.

Revelación de información de la Entrada coordinada (CE)

Su firma abajo indica que entiende la información que dio el evaluador, que recibió respuestas a sus preguntas y que ha elegido libremente ser entrevistado. Al aceptar ser entrevistado, no está renunciando a ninguno de sus derechos legales. Sus respuestas se almacenarán en una base de datos segura y solo se compartirán con los proveedores de vivienda y agencias de servicios interesadas en su bienestar. En cualquier momento usted puede pedir que se elimine su información de la base de datos. La base de datos que se usa se llama Wisconsin ServicePoint.

Para identificar viviendas asequibles y seguras, puede ser necesario que los proveedores de vivienda y servicios revelen información. Esta información ayudará a coordinar servicios como: información de contacto, situación de falta de vivienda, atención médica, servicios sociales, salud mental, alcohol y otras drogas, enfermedades o resultados de pruebas relacionados con el VIH/SIDA, discapacidades del desarrollo, vivienda, educación, vocaciones, finanzas y posiblemente otra de los registros de los proveedores.

Su firma abajo autoriza que la información sea revelada por alguna de las siguientes entidades, limitado por el propósito de ayudarlo a obtener vivienda y servicios. **Para que una agencia no pueda revelar ni recibir su información, tache el nombre abajo**:

ARC Community Services
Bethel Lutheran Church
Briarpatch Youth Services
Care Net Elizabeth House
Care Wisconsin
Organizaciones católicas de beneficencia
Catholic Multicultural Center
Centro Hispano
Community Action Coalition (CAC)
Autoridad para el desarrollo de las comunidades (Community Development Authority)
Community Partnerships/RISE
Departamento de Servicios Humanos del Condado de Dane (County Dept. of Human Services)
Autoridad de Vivienda del Condado de Dane (Dane County Housing Authority)
Consejo para padres del Condado de Dane (Dane County Parent Council)/ReachDane
Distritos Escolares Públicos del Condado de Dane (Dane County Public School Districts)
Coordinador de nuevos ingresos del Condado de Dane (Dane County Reentry Coordinator)
Servicios de Intervención por Abusos Domésticos (Domestic Abuse Intervention Services)
Dryhootch
Employment Resources Inc
Family Service
First United Methodist Church
Friends of the State St. Family
Heartland Alliance
Homeless Restorative Justice Project
Housing Initiatives
Institute for Community Alliance
Journey Mental Health
Lutheran Social Services of WI & Upper MI
MACH OneHealth
Madison Area Urban Ministry (MUM)
Off the Square Club
Operation Welcome Home
Out Reach
Porchlight
Port St. Vincent
Project Respect
Sankofa Behavioral & Community Health
Seton House
Administración del Seguro Social
Stoughton Area Resource Team (START)
Tellurian
Tenant Resource Center
The Road Home
El Ejército de Salvación (The Salvation Army)
Today Not Tomorrow/Project Babies
Transition Education Program (TEP)
UNIDOS
Departamento de Asuntos de Veteranos de EE. UU. (U.S. Department of Veteran's Affairs)
Departamento de Asuntos de Veteranos de Wisconsin (Wisconsin Department of Veterans Affairs)
YWCA Madison

Proveedores de atención médica: Hospitales y Clínicas UW, Access Community Health, Group Health Cooperative, UnityPoint Health - Meriter, SSM Health

Su permiso se mantendrá vigente durante este período de tiempo:

☐ Vence al cumplirse un año de la fecha que se indica abajo
☐ Fecha de vencimiento específica (mm/dd/aaaa): _____
☐ Vence después de que se lleva a cabo la acción de abajo: _____

Reconozco que revisé mis derechos como se describen y que recibí una copia de la *Información adicional relacionada con el uso y la revelación de información protegida* (***entregue la última página al entrevistado***).

_____ _____
Fecha Firma (o marca) del Participante

_____ _____
Firma del Testigo Agencia o afiliación del Testigo

_____
Nombre del Testigo en letra de molde

Derechos y responsabilidades del participante
Si tiene una queja sobre los servicios que recibe por medio del Sistema de entradas coordinadas de CoC (CoC Coordinated Entry System) de Madison/Dane, tiene derecho a presentar una queja. Copias del formulario de Derechos y responsabilidades del participante están disponibles en las siguientes ubicaciones: The Beacon, Porchlight, The Salvation Army, Tenant Resource Center o en www.danecountyhomeless.org.

Administración

Nombre del entrevistador	Organismo	☐ Miembro del personal ☐ Voluntario
Fecha de la encuesta (mm/dd/aaaa)	Hora de la encuesta	Ubicación de la encuesta

Información básica

Nombre	Apodo	Apellido

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

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

Consentimiento para participar: ☐ S ☐ N

A. Historial de vivienda y condición de persona sin hogar

1. ¿Dónde suele dormir con mayor frecuencia? (marque una)
   - ☐ Refugios
   - ☐ Vivienda transitoria
   - ☐ Safe Haven
   - ☐ Couch Surfing
   - ☐ En el exterior
   - ☐ Otro (especifique): _____
   - ☐ Se niega a responder

2. ¿Cuánto tiempo ha pasado desde la última vez que vivió en una vivienda permanente y estable?
   ☐ Actualmente vivimos en una vivienda estable ☐ Menos de un año
   ☐ Más de un año ☐ Se niega a responder

3. En los últimos tres años, ¿cuántas veces ha estado sin hogar? _____ ☐ Se niega a responder

B. Riesgos

4. En los últimos seis meses, ¿cuántas veces ha hecho algo de lo siguiente?
   a) Recibir atención médica en un departamento/sala de emergencias. _____ ☐ Se niega a responder
   b) Trasladarse al hospital en ambulancia. _____ ☐ Se niega a responder
   c) Estar internado. _____ ☐ Se niega a responder
   d) Utilizar un servicio de crisis, que incluye crisis de agresión sexual, crisis de salud mental, violencia familiar/íntima, centros de socorro y líneas directas de prevención de suicidios. _____ ☐ Se niega a responder
   e) Hablar con la policía porque fue testigo de un delito, fue víctima de un delito o fue el presunto autor de un delito, o bien porque la policía le dijo que debía seguir avanzando. _____ ☐ Se niega a responder
   f) Pasar una o más noches en una celda de detención, en un correccional para jóvenes, en la cárcel o en la prisión, ya sea una estadía de corta duración como en el caso de detención de una persona ebria, una estadía más prolongada por un delito más grave o algo intermedio. _____ ☐ Se niega a responder

5. ¿Ha recibido ataques o golpes desde que se quedó sin hogar? ☐ S ☐ N ☐ Se niega a responder

6. ¿Ha amenazado o ha intentado hacerse daño a sí mismo o a otra persona en el último año? ☐ S ☐ N ☐ Se niega a responder

DO NOT COPY

7.	¿Tiene en este momento algún problema legal que pueda resultar en que quede encerrado, tenga que pagar multas o que sea más difícil alquilar un lugar para vivir?	☐ S ☐ N	☐ Se niega a responder
8.	¿Alguna vez lo encarcelaron antes de cumplir los 18 años?	☐ S ☐ N	☐ Se niega a responder
9.	¿Alguien lo obliga o lo engaña para que haga cosas que no quiere hacer?	☐ S ☐ N	☐ Se niega a responder
10.	¿Alguna vez ha hecho cosas que pueden considerarse riesgosas, como intercambiar sexo por dinero, conseguirle drogas a alguien, tener relaciones sexuales sin protección con alguien que no conoce, compartir una aguja o algo así?	☐ S ☐ N	☐ Se niega a responder

C. Socialización y desempeño cotidiano

11.	¿Hay alguna persona, propietario anterior, socio de negocios, corredor de apuestas, comerciante u organismo gubernamental como el Servicio de Impuestos Internos (IRS) que considere que le debe dinero?	☐ S ☐ N	☐ Se niega a responder
12.	¿Recibe dinero del gobierno, pensión, herencia, mesada, trabajo en negro, trabajo regular o algo por el estilo?	☐ S ☐ N	☐ Se niega a responder
13.	¿Ha planeado actividades, además de simplemente sobrevivir, que lo hagan sentir feliz y realizado?	☐ S ☐ N	☐ Se niega a responder
14.	En la actualidad, ¿puede atender sus necesidades básicas como bañarse, cambiarse de ropa, ir al baño, obtener comida y agua limpia y otras cosas por el estilo?	☐ S ☐ N	☐ Se niega a responder

15. ¿Su falta actual de vivienda se debe a alguno de los siguientes motivos?

a)	Escapó de su vivienda familiar, vivienda colectiva u hogar sustituto.	☐ S ☐ N	☐ Se niega a responder
b)	Diferencias religiosas o culturales con sus padres, tutores o cuidadores.	☐ S ☐ N	☐ Se niega a responder
c)	Se quedó sin hogar a causa de su familia o amigos.	☐ S ☐ N	☐ Se niega a responder
d)	Conflictos con su identidad de género u orientación sexual.	☐ S ☐ N	☐ Se niega a responder
e)	Violencia doméstica entre los miembros de la familia.	☐ S ☐ N	☐ Se niega a responder
f)	Una relación abusiva o poco sana, ya sea en el hogar o en otra parte.	☐ S ☐ N	☐ Se niega a responder

D. Bienestar

16.	¿Alguna vez tuvo que dejar un departamento, un programa de refugio u otro lugar donde se alojaba debido a su salud física?	☐ S ☐ N	☐ Se niega a responder
17.	¿Tiene algún problema de salud crónico en el hígado, los riñones, el estómago, los pulmones o el corazón?	☐ S ☐ N	☐ Se niega a responder
18.	Si hubiese espacio disponible en un programa que ayude específicamente a personas que conviven con VIH o SIDA, ¿le interesaría?	☐ S ☐ N	☐ Se niega a responder
19.	¿Tiene alguna discapacidad física que limite el tipo de vivienda a la que podría acceder, o que le dificultaría la posibilidad de vivir de manera independiente porque necesitaría ayuda?	☐ S ☐ N	☐ Se niega a responder
20.	Cuando está enfermo o no se siente bien, ¿evita recibir ayuda?	☐ S ☐ N	☐ Se niega a responder
21.	¿Está actualmente embarazada, ha estado embarazada o ha dejado embarazada a alguna mujer?	☐ S ☐ N	☐Se niega a responder
22.	¿El consumo de alcohol o drogas ha provocado que lo echen de un departamento o de un programa de vivienda en el pasado?	☐ S ☐ N	☐ Se niega a responder
23.	¿El consumo de alcohol o drogas dificultará su capacidad de conservar o costear su vivienda?	☐ S ☐ N	☐ Se niega a responder
24.	Si alguna vez consumió marihuana, ¿la probó a los 12 años de edad o antes?	☐ S ☐ N	☐ Se niega a responder

DO NOT COPY

25. ¿Alguna vez ha tenido problemas para mantener la vivienda, o se lo ha expulsado de un departamento, programa de refugio u otro lugar donde se alojaba, por alguna de las siguientes causas?

a) ¿Un problema o una inquietud relacionada con la salud mental? ☐ S ☐ N ☐ Se niega a responder

b) ¿Una lesión anterior en la cabeza? ☐ S ☐ N ☐ Se niega a responder

c) ¿Una discapacidad de aprendizaje, discapacidad del desarrollo u otro impedimento? ☐ S ☐ N ☐ Se niega a responder

26. ¿Tiene problemas de salud mental o en el cerebro que dificulten que su familia viva de manera independiente porque necesitarían ayuda? ☐ S ☐ N ☐ Se niega a responder

27. ¿Hay algún medicamento que un médico le haya recetado y que, por el motivo que sea, no está tomando? ☐ S ☐ N ☐ Se niega a responder

28. ¿Hay algún medicamento, como un analgésico, que no esté tomando como le recetó el médico? ¿vende algún medicamento que le hayan recetado? ☐ S ☐ N ☐ Se niega a responder

Preguntas de seguimiento

En un día normal, ¿dónde y en qué momento del día es más fácil encontrarlo?	Lugar: _____ Hora: _____ O bien ☐ Mañana ☐ Tarde ☐ Antes del atardecer ☐ Noche ¿Hay algún otro organismo con el que esté en contacto, con quien podríamos comunicarnos si necesitamos hacer un seguimiento con usted? De ser así, ¿cuál? _____
¿Hay un número de teléfono o correo electrónico donde podamos comunicarnos con usted o dejarle un mensaje de forma segura?	Teléfono: _____ Correo electrónico: _____
Bien, ahora me gustaría tomarle una foto para que sea más fácil encontrarlo y confirmar su identidad en el futuro. ¿Me lo permite?	☐ Y ☐ N ☐ Se niega a responder

E. Preguntas complementarias

	Respuesta		
¿Cuál es su género?	☐ Hombre ☐ Mujer ☐ Transgénero de hombre a mujer ☐ Transgénero de mujer a hombre ☐ Otro		
¿Cuántas personas conforman su hogar?			
¿Es usted un sobreviviente de violencia doméstica? En caso afirmativo, ¿cuándo ocurrió la experiencia? ___ dentro de los últimos tres meses ____ de tres a seis meses atrás ___ de seis a 12 meses atrás ____ hace más de un año	Sí	No	Se niega a responder
Si la respuesta a la pregunta anterior es afirmativa, ¿está escapando de una situación de violencia doméstica en este momento?	Sí	No	Se niega a responder
¿Está sirviendo en este momento o alguna vez ha servido en el ejército de los Estados Unidos?	Sí	No	Se niega a responder
Estatus de salida			

DO NOT COPY

Formulario DD214 en el archivo **Escanee este formulario y cárguelo en el HMIS.**	Sí		No
¿Ha solicitado un formulario DD214? Fecha de solicitud:	Sí		No
Fecha de ingreso al servicio militar			
Rama del ejército			
¿Reúne los requisitos para recibir servicios de VA?	Sí	No	Se niega a responder
¿Dónde se aloja en este momento? (Respuesta a pregunta del HMIS: ¿Dónde residía antes de ingresar al proyecto? **Marque solo una opción.**	___Un lugar que no está destinado para propósitos de vivienda humana. ___Refugio de emergencia, incluido un hotel o motel pagado con un cupón de refugio de emergencia. ___Safe Haven. ___Vivienda transitoria para personas sin hogar (incluidos jóvenes sin hogar) **Si no habita en una de las condiciones anteriores, la persona no está realmente sin hogar y no debe estar en la lista de prioridades.**		
Duración de la estadía en el lugar anterior.			
¿Fecha aproximada de inicio de su estadía en las calles, en un refugio o en Safe Haven?	_____(Mes)_____(Día)_____ (Año)		
¿Cuántas veces ha estado en las calles, en un refugio o en Safe Haven durante los últimos tres años, incluida su estadía actual?			
¿Cuántos meses, en total, ha estado sin hogar durante los últimos tres años?			
¿Tiene alguna de las siguientes discapacidades documentadas? Abuso de alcohol, abuso de drogas, abuso de alcohol y drogas, afección de salud crónica, afección del desarrollo, la salud mental o la salud física, VIH/SIDA	Sí	No	Se niega a responder
¿Recibe servicios de seguro de SSI (Seguridad de ingreso suplementario) o SSDI (Seguro de discapacidad del seguro social)?	Sí	No	Se niega a responder
Si la respuesta es negativa, ¿ha visitado a un médico o hay un profesional que pueda verificar esta discapacidad?	Sí		No
Si es así, ¿dónde? (nombre del proveedor o de la clínica)			

DO NOT COPY

INFORMACIÓN ADICIONAL SOBRE EL USO Y DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN PROTEGIDA

Los proveedores enumerados en esta Autorización reconocen su derecho a la confidencialidad en cuanto a la información protegida sobre tratamientos de salud, salud mental o abuso de sustancias, tal como se establece en las leyes federales y estatales.

Esta autorización solo permite la divulgación de información entre las organizaciones que figuran en el formulario de divulgación.

Tenga en cuenta las siguientes pautas:

Normas Federales de Privacidad de la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de los Seguros de Salud (HIPAA), Estatutos Estatales de Confidencialidad de Salud/Sustancias y Leyes Federales de Abuso de Sustancias. Hay situaciones en las que su información protegida se puede utilizar o divulgar sin su autorización; se le explicarán estas situaciones cuando lo solicite. Comuníquese con su proveedor (de atención médica, salud mental o abuso de sustancias) si tiene alguna pregunta sobre estas reglas/leyes.

Sin obligación de firmar. No tiene la obligación de firmar este formulario y puede negarse a hacerlo. A excepción de lo permitido por la ley aplicable, no se le pueden negar servicios porque se haya negado a firmar.

Revocación. Tiene derecho a revocar esta Autorización por escrito y en cualquier momento antes de su finalización. Comuníquese con cualquiera de las entidades enumeradas en el documento de divulgación y recibirá ayuda. Sin embargo, su revocación por escrito no afectará ninguna divulgación de su información de salud e información relacionada que los proveedores enumerados ya hayan divulgado, en virtud de esta Autorización, antes del momento en que la revoque.

Redivulgación. Si las entidades autorizadas en virtud de este formulario para divulgar o recibir su información/registros no están sujetas a las leyes federales de privacidad de la salud (por ejemplo, son entidades que no brindan servicios de atención médica, salud mental o tratamiento para el abuso de sustancias), la información que reciben puede perder su protección en virtud de las leyes federales de privacidad de la salud, y esas personas pueden volver a divulgar su información sin su permiso previo.

Derecho de inspeccionar. Al autorizar la divulgación de sus registros de atención médica, salud mental o abuso de sustancias, tiene derecho a inspeccionar y tener una copia del material cuya divulgación ha autorizado, con ciertas excepciones previstas en las leyes estatales y federales. Si desea hacerlo, comuníquese con la entidad correspondiente para obtener más información.

Firmas. Si tiene 18 años de edad o más, es la única persona autorizada para firmar este formulario de autorización para el uso o divulgación de su registro de tratamiento de salud, salud mental o abuso de sustancias, a menos que tenga un tutor legal o un poder notarial o agente de salud. Si usted es menor de 18 años, su padre o madre (o su tutor legal) tiene derecho a firmar este formulario en su nombre. Sin embargo, hay situaciones en la ley estatal en las que usted, como menor de edad, puede o está obligado a dar su consentimiento para la divulgación de información al firmar este formulario, en lugar de su padre, madre o tutor. Para obtener más información sobre quién está autorizado a firmar este formulario, comuníquese con cualquiera de las entidades que figuran en el documento de divulgación y ellos lo ayudarán.

DO NOT COPY