



Formulaire d'admission CRN – créele

Pour les champs de texte, utilisez des lettres majuscules. Sinon, cochez les cases appropriées avec un "X"

Le formulaire est divisé en tOù sections pour *Tous les clients*, Et *Chef de ménage et d'autres adultes dans le Ménage* Dans afin de éliminer la duplication de la collecte de données lorsque les caractéristiques s'appliquent à certains membres des ménages.

DONNÉES POUR TOUS CLIENTS

Répondez aux questions suivantes pour tous les membres du ménage — chaque adulte et enfant. Un formulaire distinct doit être inclus pour chaque membre du ménage.

Projet Commencer Date (par exemple, 08/24/2017)

Le projet a Commencer Date servira de date d'information pour tous les éléments de données collectés sur ce formulaire; toutes les données doivent être exactes à cette date, quelle que soit la date de collecte.

		/			/				
Mois			Jour			Année			

Nom (premier, moyen, dernier nAME, suffixe, p. ex., Jr, SR, III)

Utiliser le nom complet et légal d'un client chaque fois que possible. Généralement Projets n'avez pas besoin de Vérifiez que les informations fourni correspond aux documents légaux, à moins qu'un bailleur de fonds ne le demande expressément.

Prénom	
Deuxième prénom	
Nom de famille	
Suffixe	

Nom de la qualité des données

Les projets de vulgarisation de rue peuvent enregistrer un projet Commencer avec des informations limitées sur le client et améliorer l'exactitude et l'exhaustivité des données client au fil du temps. Si vous utilisez un «nom composé» pour une telle identification initiale, indiquez-le ici.

- Plein Nom Signalé
- Partiel, nom de rue ou nom de code rapporté
- Le client ne sait pas
- Client refusé

Numéro de sécurité sociale

				-								
--	--	--	--	---	--	--	--	--	--	--	--	--

Date de naissance (p. ex., 10/23/1978)

		/			/						
--	--	---	--	--	---	--	--	--	--	--	--

Mois

Jour

Année

Numéro de sécurité sociale Qualité des données

Certains projets peuvent se RVE clients qui n'ont pas de Ssn. Dans ces cas, sélectionnez «client ne sait pas».

- Full SSN rapporté
- Approximatif ou pLe SSN Artial a rapporté
- Client ne Sais
- Client refusé

Date de naissance Type

Utilisez 01/01/Year et sélectionnez «date approximative ou partielle de naissance» si le client ne se souvient pas.

- Date de naissance complète déclarée
- Date de naissance approximative ou partielle déclarée
- Client ne Sais
- Client refusé

DONNÉES POUR TOUS LES CLIENTSS (SUITE)

Relation avec le chef de famille

Dans un ménage d'un seul individu, cette personne doit être identifiée comme chef de ménage. Dans les ménages à plusieurs personnes, une personne doit être désignée comme chef de ménage et le reste doit avoir sa relation avec le chef de famille enregistré. Si le groupe de personnes est composé d'adultes et d'enfants, un adulte doit être indiqué comme chef de ménage.

- Self (chef de ménage)
- Chef de l'enfant du ménage
- Chef du conjoint ou du partenaire du ménage
- Membre du chef du ménage (autre relation avec le chef de famille)
- Autre: membre non-relation

Ethnicité

- Non hispanique/ PasLatino
- Hispanique/Latino
- Le client ne sait pas
- Client refusé

Sûr

Plus d'une course est permise. Client ne Sais et le client refusé ne doit être sélectionné que si aucune autre réponse n'est sélectionnée. Si le client souhaite indiquer «hispanique ou latino», veuillez indiquer que, dans Ethnicité puis sélectionnez la catégorie de course appropriée ici.

- Indien américain ou AlaSka Native
- Asiatique
- Noir ou Afro-américain
- Natif Hawaiian ou d'autres insulaires du Pacifique
- Blanc
- Le client ne sait pas
- Client refusé

Sexe

Lequel de ces genres décrit le mieux le client identifié?

- Femelle

- Mâle
- Femelle trans (MTF, ou mâle à femelle)
- Trans Mâle (FTM ou femelle à mâle)

- Genre non conforme (c.-à-d. non exclusivement masculin ou féminin)
- Le client ne sait pas
- Client refusé

DONNÉES POUR TOUS LES CLIENTSS (SUITE)

PHYSICAL DISABILITY

Ne Sur Cam4 le client a-t-il actuellement un handicap physique?

Pas

Oui

Le client ne sait pas

Client refusé

[si oui] Est-ce que le handicap physique devrait être de longue-Continué Et durée indéterminée et compromettre sensiblement la capacité du client à vivre de façon autonome?

Pas

Oui

Le client ne sait pas

Client refusé

DIS de développementCapacité

Ne Sur Cam4 le client a actuellement un handicap de développement?

Pas

Oui

Le client ne sait pas

Client refusé

[si oui] Est l'incapacité de développement devrait compromettre sensiblement la capacité du client à vivre de façon autonome?

Pas

Oui

Le client ne sait pas

Client refusé

État de santé chronique

Ne Sur Cam4 le client a-t-il actuellement un problème de santé chronique?

Pas

Oui

Le client ne sait pas

Client refusé

[il Oui] est l'état de santé chronique devrait être de longue-continued Et durée indéterminée et compromettre sensiblement la capacité du client à vivre de façon autonome?

Pas

Oui

Le client ne sait pas

Client refusé

VIH/sida

Ne Sur Cam4 le client a actuellement le VIH/sida?

Pas

Oui

Le client ne sait pas

Client refusé

[il Oui] est Le VIH/sida devrait-il nuire sensiblement à la capacité du client de vivre de façon autonome?

Pas

Oui

Le client ne sait pas

Client refusé

DONNÉES POUR TOUS LES CLIENTSS (SUITE)

Problème de santé mentale

Le client a-t-il actuellement un problème de santé mentale?

Pas

Oui

Le client ne sait pas

Client refusé

[si oui] Le problème de santé mentale devrait-il être de longue-continued Et durée indéterminée et entrave sensiblement la capacité du client à vivre de façon autonome?

Pas

Oui

Le client ne sait pas

Client refusé

Problème d'abus de substances

Ne Sur Cam4 le client a-t-il actuellement un problème de toxicomanie?

Pas

Abus d'alcool

Toxicomanie

L'abus d'alcool et de drogues

Le client ne sait pas

Client refusé

[si oui pour abus d'alcool, Toxicomanie Ou l'abus d'alcool et de drogues] Le problème de la toxicomanie devrait-il être de longue-Continué Et durée indéfinie et entrave sensiblement la capacité du client à vivre de façon autonome?

Pas

Oui

Le client ne sait pas

Client refusé

CONDITION de désactivation

Le client a-t-il actuellement une condition de désactivation?

Une condition de désactivation est l'une ou l'autre des déficiences indiquées ci-dessus (déficience physique, incapacité de développement, état de santé chronique, VIH/sida, problèmes de santé mentale LEM, ou problème d'abus de substances) ou toute autre déficience physique, mentale ou émotionnelle (y compris une déficience causée par l'abus d'alcool ou de drogues, le syndrome de stress post-traumatique ou une lésion cérébrale); On s'attend à ce que cette durée soit longue et indéfinie et qu'elle entrave sensiblement la capacité de vivre de façon indépendante.

Pas

Oui

Le client ne sait pas

Client refusé

Assurance maladie

Le client est-il actuellement couvert par l'assurance maladie?

Pas

Oui

Le client ne sait pas

Client refusé

[si oui] Répondez «oui» ou «non» pour chaque source d'assurance maladie.

Répondez «non» aux sources qui ont été résiliées, même si elles ont été reçues par le passé.

Pa s	Oui	Source
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Medicaid
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Medicare
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Programme d'assurance santé pour enfants d'État (ou utiliser le nom local)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Administration des vétérans (va) services médicaux
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Assurance maladie fournie par l'employeur
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Assurance maladie obtenue par Cobra
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Assurance-maladie privée payante
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Assurance maladie d'État pour les adultes (ou utiliser le nom local)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Programme des services de santé Indiens
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Autre si oui, spécifiez la source: _____

DONNÉES POUR LE CHEF DE FAMILLE ET D'AUTRES ADULTES

Répondre aux questions suivantes pour Tout chef de ménage (tel que désigné ci-dessus) et toute adulte dans le ménage. Si le ménage est composé d'un enfant non accompagné, cet enfant est le chef de famille. Si le ménage est composé de deux mineurs ou plus, les données doivent être collectées sur le mineur qui a été désigné comme chef de ménage. Un formulaire distinct doit être inclus pour chaque membre adulte du ménage.

SITUATION de vie avant le projet Commencer

Séparé [des formulaires complémentaires sont fournis](#) pour compléter cet élément de données. Notez que Services de proximité, abris d'urgence et projets de refuge avoir un formulaire distinct de tous les autres types de projets.

Les projets peuvent modifier ce formulaire pour coller dans le contenu du formulaire supplémentaire approprié pour leur type de projet.

Statut de vétéran

Le client est-il un vétéran?

Le statut de vétéran n'est recueilli que sur les chefs de famille âgés de 18 ans et plus, ainsi que sur tous les autres adultes du ménage. Un vétéran est celui qui a déjà été en service actif dans les forces armées des États-Unis, indépendamment du statut de décharge ou de la durée de service.

- Pour la **Armée, marine, Air Force, Marine Corps, Et Côtière**, le service actif débute lorsqu'un militaire fait rapport à un poste d'affectation après l'achèvement de sa formation.
- Pour la **Réserves Et Garde nationale**, le service actif est le temps passé activé ou déployé, soit aux États-Unis ou à l'étranger.
- Ou toute personne handicapée dans l'exercice de ses fonctions pendant une période de formation en service actif.
- Ou toute personne handicapée d'une blessure subie dans l'exercice de ses fonctions ou d'un infarctus aigu du myocarde, d'un arrêt cardiaque ou d'un accident cérébrovasculaire pendant une période de formation en service inactive.

Pas

Oui

Le client ne sait pas

Client refusé

VIOLENCE conjugale

Le client est-il une victime/survivante de violence conjugale?

Pas

Oui

Le client ne sait pas

Client refusé

[si oui] Quand l'expérience a-t-elle eu lieu?

Au cours des trois derniers mois

Il y a trois ou six mois (à l'exclusion de six mois exactement)

Il y a six mois à un an (à l'exclusion d'un an exactement)

Un an longtemps ou plus

Le client ne sait pas

Client refusé

[si oui] Le client fuit-il actuellement?

Pas

Oui

Le client ne sait pas

Client refusé

DONNÉES POUR CHEF DE FAMILLE ET AUTRES ADULTES SUITE

INCOME et sources

Ne consignez que des sources régulières et récurrentes qui sont actuelles à partir d'aujourd'hui (c'est-à-dire non terminées). Les revenus perçus pour un membre mineur du ménage (p. ex. SSI) devraient être inscrits sous le chef de l'information du ménage (le revenu provenant de l'emploi d'un mineur peut être exclu du revenu du ménage).

Le client a-t-il des iNcome de n'importe quelle source?

<input type="checkbox"/> Pas	<input type="checkbox"/> Le client ne sait pas
<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Client refusé

[si oui] Répondez oui ou non pour chaque source de revenu.

Si la réponse d'une source est «oui», inscrivez le montant mensuel reçu en fonction du revenu actuel. Si vous n'êtes pas sûr du montant mensuel exact, saisissez la meilleure estimation du client. Réponse «non» pour Sources qui ont été résiliés, même si ils ont été reçus par le passé.

Source de revenu	Recevoir des revenus de la source?	Si oui, un moismonter de la source (arrondi au dollar le plus proche)
Revenu gagné (c.-à-d. revenu d'emploi)	Pas <input type="checkbox"/>	
	Oui <input type="checkbox"/>	\$. 0 0
Assurance-chômage	Pas <input type="checkbox"/>	
	Oui <input type="checkbox"/>	\$. 0 0
Revenu de sécurité supplémentaire (SSI)	Pas <input type="checkbox"/>	
	Oui <input type="checkbox"/>	\$. 0 0
Invalidité de sécurité sociale Assurance (SSDI)	Pas <input type="checkbox"/>	
	Oui <input type="checkbox"/>	\$. 0 0
VA service-connecté Dinvalidité doit être Compensation	Pas <input type="checkbox"/>	
	Oui <input type="checkbox"/>	\$. 0 0
VA pension d'invalidité non liée au service	Pas <input type="checkbox"/>	
	Oui <input type="checkbox"/>	\$. 0 0
Assurance-invalidité privée	Pas <input type="checkbox"/>	
	Oui <input type="checkbox"/>	\$. 0 0
C du travailleurompensation	Pas <input type="checkbox"/>	
	Oui <input type="checkbox"/>	\$. 0 0
Assistance temporaire aux familles nécessiteuses (TANF)	Pas <input type="checkbox"/>	
	Oui <input type="checkbox"/>	\$. 0 0
Assistance générale (GA)	Pas <input type="checkbox"/>	
	Oui <input type="checkbox"/>	\$. 0 0
Retraite INcome de la sécurité sociale	Pas <input type="checkbox"/>	
	Oui <input type="checkbox"/>	\$. 0 0
Pension ou revenu de retraite d'un ancien emploi	Pas <input type="checkbox"/>	
	Oui <input type="checkbox"/>	\$. 0 0
Pension alimentaire pour enfants	Pas <input type="checkbox"/>	
	Oui <input type="checkbox"/>	\$. 0 0

Pension alimentaire ou autres pensions alimentaires pour époux	Pas	<input type="checkbox"/>				
	Oui	<input type="checkbox"/>	\$. 0 0
Autres Source Si oui, indiquez Source:	Pas	<input type="checkbox"/>				
	Oui	<input type="checkbox"/>	\$. 0 0
Revenu mensuel total de toutes les sources			\$. 0 0

DONNÉES POUR CHEF DE FAMILLE ET AUTRES ADULTES SUITE

Avantages non pécuniaires

Le client a-t-il un nles avantages en espèces de n'importe quelle source?

Enregistrez uniquement les sources régulières et récurrentes qui sont actuelles à partir d'aujourd'hui (non terminées). Si une prestation non pécuniaire n'est reçue que par un membre mineur du ménage, enregistrez-la sous le chef de l'information du ménage.

<input type="checkbox"/> Pas	<input type="checkbox"/> Le client ne sait pas
<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Client refusé

[si oui] Répondez «oui» ou «non» pour chaque hors trésorerie Avantage Source.

Source de revenu	Recevoir Avantages de la source?
Programme d'aide complémentaire à la nutrition (SNAP)	Pas <input type="checkbox"/>
	Oui <input type="checkbox"/>
Programme spécial de nutrition supplémentaire pour les femmes, les nourrissons et les enfants (WIC)	Pas <input type="checkbox"/>
	Oui <input type="checkbox"/>
Tanf CHild Csont des services (ou utiliser le nom local)	Pas <input type="checkbox"/>
	Oui <input type="checkbox"/>
Services de transport Tanf (ou utiliser le nom local)	Pas <input type="checkbox"/>
	Oui <input type="checkbox"/>
Autres services financés par Tanf (ou utiliser le nom local)	Pas <input type="checkbox"/>
	Oui <input type="checkbox"/>
Autres Source Si oui, indiquez Source: _____	Pas <input type="checkbox"/>
	Oui <input type="checkbox"/>