



穆鲁玛郡协调访问口头发布表

- 评估员，请在 MSST 评估时向参与者宣读以下内容。
- 仅将此表格用于协调访问。
- 在“参与者决定”标题下选择正确的选项框。

“为了更好地帮助您，我们将您的信息输入到数据库中。数据库会帮助我们管理我们的服务。我们会使用合理的保护措施来保护您的信息。如果您允许，我们将与协调访问服务提供商网络共享您的信息。允许查看您的信息可以帮助我们更好地为您服务。您将更好地获得诸如住房等服务。

你有什么问题吗？

您是否同意将您的信息共享给协调访问服务网络？”

(end of script)

评估员，回答参与者可能提出的任何问题。有关参与者数据权利的完整披露，请浏览网站<https://johs.us/hmis-links-for-providers>。然后查看隐私和安全声明。
隐私和安全声明必须在参与者提出要求时提供。

日期:

参与者姓名:

参与者的决定 (仅勾选一个选项框)

是，与协调访问 (CA) 网络共享参与者的信息。

否，不与协调访问 (CA) 网络共享参与者的信息。

在 HMIS 系统内的信息共享将持续 7 年。
请保留此表格 7 年。

Multnomah County Coordinated Access: TRIAGE

分类

开场问题

1. 如果可能的话, 您是否更想用英语以外的其他语言交流?

是 否或者无偏好 1a. 如果是, 什么语言? _____

2. (仅适用于电话): 您现在是否处于一个可以自由和公开说话的地方? 是 否

3. 在我们谈论任何其他事情之前, 您是否有任何迫在眉睫且需要解决的生理、医疗或安全需求? (常见需求是医疗护理、食物或衣服)

是 否 不知道 不想回答

如果是, 请提供转介, 以满足迫在眉睫的需求(见下文)。

如果参与者表示(或您观察到有迹象表明)面临迫在眉睫的危险或威胁生命的情况, 请询问他们是否希望您帮助他们拨打 911, 这样做是否安全, 您是否征得他们的同意, 以代表他们拨打电话。

4. 您的全名是什么?

名字_____

中间名_____

姓氏_____

后缀_____

5. 您的代词是什么?

她/她的 他/他的
 他们/她们 其他(请填写): _____
 不知道 不想回答

“家庭暴力”一词是指为您或您家庭中的其他成员带来不安全环境的任何行为模式。这包括(但不限于)身体、情感、言语、心理、财务或性虐待。这还包括骚扰或使用人身伤害威胁来控制您。

6. 您或您家庭中的任何人是否为家庭暴力的幸存者?

是 否 不知道 不想回答

6a. 上一次有人对您或您家庭中的任何人采取任何家庭暴力行为是在什么时候?

不到3个月前 3至6个月前
 6至12个月前 1年前
 不知道 不想回答

6b. 您或您家庭中的任何人目前是否正在逃离/试图躲避家庭暴力?

是 否 不知道 不想回答

6c. 如果有的话, 您是否有兴趣接受保密的收容所选项或其他服务?

(没有在HMIS中报告。仅用于服务连接)

是 否

如果对第6C题回答“是”, 请分享以下信息。

适用于迫在眉睫的危机援助服务:

- Call to Safety (寻求保护): **503.235.5333**
- El Programa Hispano Proyecto UNICA:
503.232.4448

适用于限制令问题, 寻求经验丰富的辩护律师的一对一支持, 他们将帮助您制定计划或联系获得其他服务:

- 美国志愿者协会俄勒冈州分会自由之家限制令热线: **503.802.0506**
- 门户中心: **503.988.6400**

Multnomah County Coordinated Access: TRIAGE

以前 / 现在的居住状况

7. 您昨晚在哪里睡觉？

评估员注意：请不要大声朗读答案选项。根据参与者的回答从右侧列表中选择一项。如果不确定选择哪个选项，请在下方提供更多信息。

8. 您在那里睡了多久？

- 一晚或更短
- 两到六晚
- 一周或更久，但不到一个月
- 一个月或更久，但不到 90 天
- 90 天或更久，但不到一年
- 一年或更久
- 参与者不知道
- 参与者不想回答

如果参与者处于机构 / 临时性 / 长期性住房状况：

9. 在您开始在现在所住的地方睡觉的前一天晚上，您是否流落街头或住在收容所？

- 是 否 不知道 不想回答

如果参与者处于机构 / 临时性 / 长期性住房状况：

10. 您现在是否面临在 14 天内失去住房和真正变得无家可归的风险？

- 是 否 不知道 不想回答

请不要大声朗读这些选项。

无家可归的情况

- 无处栖身的无家可归情况：户外或其他不适合人类居住的地方（例如：街头、汽车、营地、公共汽车 / 火车 / 机场等）
- 紧急收容所，包括**使用**紧急收容所代用券支付费用的酒店或汽车旅馆

机构情况

- 寄养家庭或寄养群体家庭
- 医院或其他非精神病医疗疗养机构
- 看守所、监狱或少年犯拘留所
- 长期护理机构或疗养院
- 精神病医院或其他精神病机构
- 药物滥用治疗机构或戒毒中心

临时性住房状况

- 没有使用**紧急收容所代用券支付费用的酒店或汽车旅馆
- 待在或住在朋友的房间、公寓或房子
- 待在或住在家庭成员的房间、公寓或房子
- 不设无家可归者资格要求的住宿项目或中途之家
- 为无家可归者或青少年提供的过渡性住房

长期性住房状况

- 客户自有住房，**没有**持续的住房补贴
- 客户自有住房，**有**持续的住房补贴
- 客户租房，**没有**持续的住房补贴
- 客户租房，**有**持续的住房补贴

Multnomah County Coordinated Access: TRIAGE

家庭人数和构成

评估员注意 (请不要读给参与者听): 这些问题用于确定一个家庭是否有资格获得成年人系统、家庭系统或两者中提供的资源。请确保这些回答尽可能准确。

11. 包括您自己在内，目前有多少人住在您家？

12. 您的家庭中有多少个 18 岁以下的儿童？

12a. 在这些儿童中，有多少个在 5 岁以下？

13. 是否有任何 18 岁以下的儿童目前不在您的家庭，但将来可能会加入您的家庭？

这包括如果您转换到不同的住房状况，将与您居住在一起的任何儿童。

是 否

不知道 不想回答

14. 您的家庭中是否目前有人怀孕或预计在未来 9 个月内生下新宝宝？

是 否

不知道 不想回答

15. 包括您自己在内，您的家庭中有多少个 55 岁或以上的成年人？

重要提示：请阅读以下说明，以确定是否继续进行评估。

所有家庭：如果家庭处于无家可归状况，请**继续**。

所有家庭：如果家庭对第 6b 题（逃离 / 试图逃离家庭暴力）回答“是”，请**继续**。

适用于单身成年人和只有成年人的家庭：如果家庭处于机构 / 临时性 / 长期性住房状况，他们必须对第 9 题（流落街头或住在收容所）和第 10 题（面临在 14 天内失去住房和变得无家可归的风险）回答“是”。否则，请**不要继续**。

但是，加入快速安置住房计划、有资格获得 / 需要长期支持性住房的家庭（只有成年人）可以**继续**。

适用于有未成年子女的家庭：如果家庭处于机构 / 临时性 / 长期性住房状况，并且他们对第 10 题（面临在 14 天内失去住房和变得无家可归的风险）回答“否”，请**不要继续**。

如果目前住在自己租住的单位（租约上注明姓名）且需要租金援助，请转介至 211 或其他提供者。

住房协调服务：住房障碍评估

介绍性文本

欢迎参加住房评估协调服务。这项评估旨在了解您的家庭当前的住房状况以及您的家庭面临的任何与住房相关的障碍。您的回答不会被用于妨碍您获得服务。您可以跳过问题，但不回答问题可能会影响我们确定最有可能为您的家庭提供的服务和资源的能力。这项评估通常需要 15-30 分钟完成。

请注意：协调服务系统中的住房资源是有限的。因此，我们可能推荐其他策略、服务和转介资源，作为让您有稳定住所的计划的一部分。

住房历史 / 以前的居住状况

如果目前处于无家可归的状况：

16. 您最近一次变得无家可归大概是在什么日期？

____/____/____ [月月 / 日日 / 年年年年]

不知道 不想回答

如果目前处于无家可归的状况：

17. 不论您昨晚住在哪里，在过去三年中，您有多少次露宿街头、住在收容所、别人的沙发或任何类似的地方？

1 次 2 次 3 次 4 次以上
 从来没有 不知道 不想回答

如果目前处于无家可归的状况：

18. 在过去三年中，您总共有多少个月露宿街头、住在收容所、别人的沙发或任何类似的地方？

总月数：_____

不知道 不想回答

19. 您通常住在哪个街区或城区？

街区或城区的名称：

 不知道 不想回答

仅适用于没有未成年子女的家庭：

20. 您或您的任何祖辈（包括父母、监护人或祖父母）是否曾居住在波特兰北部或东北部？

是 否

不知道 不想回答

如果是，请转到第 20 题：

20a. 您是否通过本市的波特兰北部 / 东北部优先政策申请住房？

是 否

不知道 不想回答

收入

了解您的家庭收入和收入来源将有助于我们更好地了解您的住房需求，并确定哪些服务可能适合您的家庭。

注意：收入包括收到的任何现金，计入劳动收入或社会安全等现金福利。它不包括食品券或其他非现金福利。

Multnomah County Coordinated Access: HOUSING BARRIERS ASSESSMENT

21. 告诉我有关您的家庭收入的信息。您是否有稳定 / 固定的收入来源？

- 是 否
 不知道 不想回答

21a. (如果对第 21 题回答“是”)：您每月的税前收入是多少？

\$ _____ x 12 = \$ _____

21b. (如果对第 21 题回答“否”)：请估算您通常每周、每月或每年的收入是多少：

每周：\$ _____ x 52 = \$ _____

每月：\$ _____ x 12 = \$ _____

每年：\$ _____

22. 仅适用于评估员：请参阅下表，以确定收入类别。

- 30% AMI 或更低 31%- 50% AMI 51% AMI 或更高

2024 年地区中位收入 (AMI) 百分比

家庭人数	年收入 30% AMI	年收入 50% AMI
1 人	\$24,780	\$41,300
2 人	\$28,320	\$47,200
3 人	\$31,860	\$53,100
4 人	\$35,400	\$59,000
5 人	\$38,250	\$63,750
6 人	\$41,070	\$68,450
7 人	\$43,920	\$73,200
8 人	\$46,740	\$77,900

Multnomah County Coordinated Access: HOUSING BARRIERS ASSESSMENT

人口统计信息

23. 请提供您的出生日期。

(月月 / 日日 / 年年年年):

___ / ___ / _____

不知道 不想回答

如果不提供完整的出生日期:

24. 您的年龄介于什么范围?

18-24 岁 25-44 岁 45-54 岁 55-69 岁
 70 岁以上

25. 您的社会安全号码是多少?

___ - ___ - _____

不知道 不想回答

26. 您或您的家庭中的任何人是否认同自己是 LGBTQIA2S+ (女同性恋、男同性恋、双性恋、跨性别者、酷儿、双性人、无性人、双灵人等)?

是, 我 是, 家庭成员
 否 不知道 不想回答

27. 以下哪种性别最能描述您的身份? (选择所有适用项。)

- 女性【女孩 (如果是儿童)】
- 男性【男孩 (如果是儿童)】
- 跨性别者
- 性别存疑
- 非二元性别 (例如: 性别流动者、无性别者)
- 特定文化身份 (例如: 双灵人)
- 不同的身份 (请填写)

 不知道 不想回答

28. 您的种族及 / 或民族是什么? (选择所有适用项。)

- 美国印第安人、阿拉斯加原住民或原住民
- 亚裔或亚裔美国人
- 黑人、非裔美国人或非洲人
- 西班牙裔 / 拉丁裔
- 中东或北非裔
- 夏威夷原住民或太平洋岛民
- 白人
- 其他种族和民族详情:

 不知道 不想回答

退伍军人筛选问题

接下来的几个问题将帮助我们更好地了解您是否有资格获得专门为美国武装部队前成员提供的服务。

29. 您是否曾在美国武装部队 (美国军队) 服役过一天或更久? 这包括陆军、海军、海军陆战队、海岸警卫队或太空部队)。

是 否 不知道 不想回答

如果参与者回答“是”，但没有提供上面的社会安全号码，请务必让退伍军人知道，提供完整的社会安全号码将有助于确定他们是否有资格加入特定计划和获得资助。

29a. 您家庭中是否有任何其他人曾在美国武装部队 (美国军队) 服役过一天或更久? 这包括陆军、海军、海军陆战队、海岸警卫队或太空部队)。

是 否 不知道 不想回答

退伍军人跟进问题 (仅在对第 29 题或第 29a 题回答“是”时才询问)

Multnomah County Coordinated Access: HOUSING BARRIERS ASSESSMENT

29b. 您是否曾被征召加入国民警卫队或预备役服役？

是 否 不知道 不想回答

29c. 您是否通过退伍军人事务部获得任何类型的福利？

是 否 不知道 不想回答

健康

分享有关您的家庭健康状况的信息将有助于我们更好地了解您的住房需求。

30. 您是否有影响您获得安全住房能力的残障状况或其他健康状况？

（不需要被诊断。残障状况的例子包括身体残疾、心理健康状况、视力或听力障碍、脑损伤、学习障碍、物质使用障碍（酒精 / 药物 / 其他物质）、感染艾滋病毒以及其他长期健康状况）。

是 否
 不知道 不想回答

31. 任何其他家庭成员是否有影响您获得安全住房能力的残障状况或其他健康状况？不需要被诊断。

【残障状况的例子包括身体残疾、心理健康状况、视力或听力障碍、脑损伤、学习障碍、物质使用障碍（酒精 / 药物 / 其他物质）、感染艾滋病毒以及其他长期健康状况】。

是 否
 不知道 不想回答

适用于有未成年子女的家庭：

32. 全家目前总共多少人有影响您获得安全住房能力的健康或残障状况？

（例子请参阅上一个问题）

1 人 2 人 3 人 4 人或以上
 无 不知道 不想回答

适用于没有未成年子女的家庭：

33. 健康状况的影响是否曾使您或您家庭中的任何人失去住房？

是 否
 不知道 不想回答

驱逐历史

过去的驱逐可能会使您将来很难找到住房。了解更多有关您家庭的驱逐历史的信息，将有助于我们了解您的住房需求，确定哪些服务可能适合您的家庭。

34. 在过去五年中，您或您家庭中的任何人被正式驱逐过多少次？（例如：警长或执法部门将通知贴在前门——任何在信用报告、法庭记录或租户筛查数据库中可能显示的信息）**如果在过去五年中，您家庭中有多名成年人被驱逐，请报告在您家庭中被驱逐次数最多的成年人被驱逐的次数。**

无租房驱逐 1 次租房驱逐
 2 次或以上租房驱逐
 不知道 不想回答

获取证件

当您难以获取某些重要证件时，使用和维持住房可能具有挑战。了解您的家庭是否难以取得某些证件，有助于了解您的住房需求。

35. 您或您家庭中的任何人是否难以获取以下任何证件？（选择所有适用项）

出生证明
 州政府签发的身份证（仅限成年人）
 社会安全卡
 残疾证明
 收入证明
 住房所需的其他证件（如果参与者在此处提到其他证件，请指明）：

不知道 不想回答

Multnomah County Coordinated Access: HOUSING BARRIERS ASSESSMENT

法律挑战

法律系统方面的问题通常会导致住房不稳定。了解您的家庭面临的法律问题将有助于了解您的住房需求。

36. 您或您家庭中的任何人是否曾被捕或入狱？

- 是 否
 不知道 不想回答

37. (如果对第36题回答“是”) 被捕或入狱是否曾导致您或您家庭中的任何人失去住房？

- 是 否
 不知道 不想回答

特定文化服务

38. 如果有的话，您是否愿意接受特定文化服务？

特定文化服务是指由或为与您讲同一种语言、拥有相同文化或经历的人提供的服务。注意：这不会使参与者丧失获得其他住房服务的资格。

- 是 否
 不知道 不想回答

39. 如果有的话，您是否有兴趣接受为以下任何群体提供的特定文化服务？（选择所有适用项。）

- 非裔美国人
 美国印第安人、阿拉斯加原住民或原住民
 西班牙裔 / 拉丁裔
 移民和难民
 LGBTQIA2S+（女同性恋、男同性恋、双性恋、跨性别者、酷儿、双性人、无性人、双灵人等）

社会支持

40. 您是否觉得在需要时可以依靠任何人来帮助您？（例如：家人、朋友、提供情感支持的其他支持群体、偶尔提供财务援助或住宿的其他支持群体）？

- 是 否
 不知道 不想回答

联系信息

我们将如何联系您以便日后跟进进展？

参与者的信息：

常用电话：_____

留下电话留言安全吗？ 是 否

可以发短信吗？ 是 否

备用电话：_____

电子邮箱：_____

实体地点：_____

其他：_____

第二联系人（选填）：

姓名：_____

电话：_____

电子邮箱：_____

Multnomah County Coordinated Access: HOUSING BARRIERS ASSESSMENT

感谢您花时间与我一起完成协调服务评估。您是否愿意完成一份包含3个问题的反馈调查，谈论您对本次评估的体验？完成这项调查应该用不到2分钟，您的回答不会影响评估结果。

参与者反馈调查					
就您进行本次评估的体验而言，请分享您对以下陈述的同意或不同意程度。	强烈不同意	部分不同意	中立	部分同意	强烈同意
1. 我理解提问问题的涵义。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. 我理解为什么要问这些问题。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. 我能够感到自在地诚实回答这些问题。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

评估员信息和观察
评估日期: _____
评估员姓名: _____
评估员组织: _____
评估员电话: _____
评估员电子邮箱: _____
根据您的互动和观察，您是否有理由相信从这次评估中得到的信息被少报、误报或没有被准确收集？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
如果是，请说明： _____ _____ _____

解决住房问题的问卷

对话日期: _____

注意: 请在 HMIS 上的“解决问题和转介活动”评估中输入对这些问题的回答。使用“协调入住活动”分项评估以回答第 1 题和第 2 题。使用“解决住房问题”分项评估以回答第 3-5 题。

协调入住活动

1. 您是否与参与者进行了解决住房问题的对话?

是 否

2. 由于解决住房问题对话, 参与者是否被安置 / 重新安置到安全的替代场所?

是 否

解决住房问题

3. 解决住房问题对话的结果是什么?

暂时 / 长期解决住房危机, 无需财务援助

暂时 / 长期解决住房危机, 需要财务援助

住房危机没有得到解决 (参与者目前的住房状况仍然不安全或不稳定)

4. 如果参与者的住房危机通过财务援助得到了解决, 需要多少财务援助? 如果目前不需要与 HPS 相关的财务援助, 请输入 \$0。

申请的财务援助金额: \$ _____

5. 备注:
