

SCIMS Data Entry Form

Note: Do not write in shaded areas.

| | | | |
|---|--|--|---|
| 1. HA Number <input type="text"/> | A. Shelter Name <input type="text"/> <small>(Current, or if new, authorizing shelter)</small> | B. SCIMS Code <input type="text"/> | C. Date Prepared <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/> |
|---|--|--|---|

| | |
|---|--|
| 2. Last Name <input type="text"/> | 3. First Name <input type="text"/> |
|---|--|

| | | | | | | |
|--|---|---|---|---|---|---|
| 4. M.I. <input type="text"/> | 5. Verified? <input type="text"/> | 6. Birthdate <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/> | 7. Verified? <input type="text"/> | 8. City of Birth <input type="text"/> | 9. State <input type="text"/> | 7. Verified? <input type="text"/> |
|--|---|---|---|---|---|---|

| | |
|---|---|
| 10. Father's Name (last name, first) <input type="text"/> | E. Is client male or female? <input type="text"/> |
|---|---|

| |
|---|
| 11. Mother's Name (last name, first) <input type="text"/> |
|---|

| | | | | |
|---|--|--|---|--|
| 12. Res Code <input type="text"/> | 13. Appt Date <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/> | 14. SS Code <input type="text"/> | 15. Social Security Number <input type="text"/> | 16. Verified? <input type="text"/> |
|---|--|--|---|--|

| | |
|--|---|
| 17. Alias #1 - Also known as (last name, first) <input type="text"/> | 18. Other alias (last name, first) <input type="text"/> |
|--|---|

| | | | | | | | |
|--|--|---|--|---|---|---|---|
| 19. Family Status <input type="text"/> | 20. Ethnic Code <input type="text"/> | 21. Citizen Code <input type="text"/> | 22. Citizen Verified? <input type="text"/> | 23. Alert Code <input type="text"/> | 24. Addiction Code <input type="text"/> | 25. Physical Handicap Code <input type="text"/> | 26. Psychiatric Code <input type="text"/> |
|--|--|---|--|---|---|---|---|

| | | | | | |
|---|--------------------------------------|--|---|--|--|
| 27-28 Verified Medical Med 1 <input type="text"/> | Med 2 <input type="text"/> | 29. Assessment Code <input type="text"/> | 30. Minor Child Status <input type="text"/> | 31. Cross Reference HA Number <input type="text"/> | 32. Primary (P; S; M) <input type="text"/> |
|---|--------------------------------------|--|---|--|--|

| | | | | | | | |
|---|---|--|---|---|---|---|---|
| F. VETERAN'S STATUS | | | | | | | |
| 33. Veteran? <input type="text"/> | 34. Verified? <input type="text"/> | 35. Vet Disability Code <input type="text"/> | 36. Vet Pension Code <input type="text"/> | 37. Service Start Date <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/> | 38. Service End date <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/> | 39. Type Discharge <input type="text"/> | 46. LESA <input type="text"/> |
| 40. Service Start Date <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/> | 41. Service End date <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/> | 42. Type Discharge <input type="text"/> | 47. Outreach <input type="text"/> | | | | |

| | | | | | | | |
|---|---|--|---|---|---------------------------------------|---|--|
| G. LODGING AUTHORIZATION | | | | | | | |
| Auth Code <input type="text"/> | Term Code* <input type="text"/> | Action date <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/> | Shelter Code <input type="text"/> | Start Date <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/> | Period <input type="text"/> | | |
| <i>*If transferring to another Adult Services shelter or placing outside of the shelter system, write the name of the shelter/facility/program/placement below:</i> | | | | | | End Date <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/> | |

| | | | | | | | |
|------------------------------------|---|--|---|--|---------------------------------------|---|--|
| H. BED AUTHORIZATION | | | | I. CASE ASSIGNMENT | | | |
| Cat <input type="text"/> | Bed Number <input type="text"/> | Check one: <input type="text"/> New <input type="text"/> Change bed # | Date <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/> | Initial <input type="text"/> | Update <input type="text"/> | Shelter Code <input type="text"/> | Unit Worker <input type="text"/> |

| | | |
|---|--|-------------------------------------|
| Prepared by: (print name, then sign) <input type="text"/> | Supervisor: (print name, then sign) <input type="text"/> | Date <input type="text"/> |
|---|--|-------------------------------------|

| | | |
|--|--------------------------------------|-------------------------------------|
| Input by: (print name, then sign) <input type="text"/> | Title <input type="text"/> | Date <input type="text"/> |
|--|--------------------------------------|-------------------------------------|