

Lista de Verificación para el Programa Respuesta Rápida

Verificación de Ingresos: Todos los documentos deberán tener una fecha de no menos de 30 días. .

- _____Copia del Seguro Social, SSI, SSDI beneficios/cheques
- _____Copia del TAFDC beneficios/cheques
- _____Copia del cheque o beneficios recibidos de veterano
- _____Copia de 2 cheques consecutivos del desempleo.
- _____Formulario de verificación de empleo por una tercera persona (se encuentra adjunta a esta solicitud. Deberá ser llenada por el supervisor o jefe en su trabajo).

Prueba de Residencia:

- _____Copia del recibo básico (la luz, gas, etc.)
- _____Recibo del pago de la renta
- _____Copia del contrato de arrendamiento

Si tiene atrasos en la renta (renta que se debe) usted necesita:

- _____Copia del historial de un año de renta
- _____Copia del aviso de desalojo
- _____Copia de visitación en el corte, aviso de 14/30 días para salir.

Si ud. necesita ayuda con el alquiler de un apartamento (deposito, 1st mes ultimo mes...):

- _____Carta del future arredador detallando las expensas para mudarse
- _____Copia de cargo del de vienes y raices (si tiene uno)
- _____Copia del documento de subsidio (solo si el solicitante tiene subsidio)
- _____Copia de la inspección para el apartamento nuevo
- _____Copia del contrato de arrendamiento
- _____Copia de la certificación de plomo
- _____Documento constando que ud. es una persona sin hogar (si aplica)

A Físical B Aprendizaje C. Salud Mental D. Abuso de Sustancias E. SIDA

Etnicidad

1. Hispano o Latino 2. No Hispano o Latino

Raza de La Familia (Marque las opciones que se aplica) – Opcional

A. Blanco B. Negro/Africano Americano C. Asiático/Isla del Pacifico D. Indio Nativo/Nativo de Alaska E. Nativo de Hawaii/Otro F. Otro

Marque las opciones que mejor describan su hogar:

- Cabeza de la familia es sin hogar en Somerville.
- Cabeza de la familia trabaja en Somerville.
- Hay un adulto, niño o joven que haya sido diagnosticado con una discapacidad física o mental. Nombre de la persona _____
- Hay un adulto, niño o joven que haya sido diagnosticado con un trastorno de abuso de sustancias. Nombre de la persona _____
- Ha habido un episodio previo de una persona que se haya quedado sin hogar y haya solicitado refugio de emergencias (DHCD Refugio de Familias). Nombre de la persona _____
- No califica para Asistencia de beneficios de emergencia a través de DHCD (Refugio de Familias))
- Historial de Violencia Doméstica. El último episodio de Violencia Doméstica _____
- En riesgo de convertirse en una persona sin hogar y mudarse a un refugio o a un lugar no apto para humanos.
- Pasando por una situación difícil o dolorosa (muerte del proveedor de la casa, pérdida de trabajo, una crisis de salud u otra circunstancia similar).
- Ninguna de las razones anteriores me describen a mí o a mi familia.

CIRCUNSTANCIAS (TODAS las preguntas deberán ser contestadas)

Por favor describa en detalle lo siguiente:

1. Qué tipo de ayuda o asistencia necesita?

2. ¿Cuánta ayuda o asistencia necesita? (escriba la cantidad)? ¿Para cuándo la necesita?

3. ¿Qué circunstancias lo llevaron a necesitar esta ayuda o asistencia? **Si ud. tiene atrasos con la renta, por favor describir la circunstancia detrás de los atrasos.**

4. ¿Alguna vez ha recibido ayuda o asistencia de otra agencia u organización? ¿Cuál es el nombre de la agencia u organización? ¿Cuándo la recibió? ¿Con cuánto le ayudaron? ¿Cuál fue la circunstancia detrás de la ayuda?

Mantenimiento (**TODAS** las preguntas deberán ser contestadas)

1. Como usted espera seguir pagando sus gastos después de recibir la ayuda o asistencia?

2. Qué dificultades espera encontrar para seguir pagando sus gastos mensuales?

3. Con cuánto puede usted contribuir para reducir la deuda?

Manejo de Casos (**TODAS** las preguntas deberán ser contestadas)

1. Ud. necesita asistencia aparte de vivienda (comida, muebles, ropa)?

2. Hay algunos aspectos en su presupuesto que usted quiere mejorar? Ud. necesita ayuda en el mantenimiento de su presupuesto?

3. Por favor, indique los días y horas ud. esta disponible para programar una cita con trabajadores sociales de SHC.

(Escoja uno)

1. Hay algún miembro en la familia que trabaje tiempo completo, medio tiempo o por temporada? **SI NO**

2. Hay algún miembro de la casa que espera trabajar en los proximos doce meses? **SI NO**

3. Hay algún miembro de la casa que le paguen en efectivo? **SI NO**

4. Hay algún miembro de la familia que recibe o espera recibir manutención infantil? **SI NO**

5. Hay algún miembro de la casa que recibe o espera recibir pagos de pensión alimenticia? **SI NO**

6. Hay algún miembro de la familia que le corresponde recibir manutención infantil y que él/ella no la esta recibiendo? **SI NO**

7. Hay algún miembro de la familia que no reciba pagos de manutención alimenticia que este con derecho a recibir? **SI NO**

8. Hay algún miembro de la familia que recibe o espera recibir beneficios de desempleo? **SI NO**

9. Hay algún miembro de la familia que espera recibir o recibe subsidio del estado (TAFDC, SSI or EAEDC)? **SI NO**

10. Hay algún miembro de la familia que espera o recibe beneficios del Seguro Social o de jubilación de SSDI? **SI NO**

12. Hay algún miembro de la familia que espera o recibe o espera recibir ingresos de una pensión o jubilación anual? **SI NO**

13. Hay algún miembro de la familia que reciba contribuciones de efectivo regularmente de tercero o de una agencia **SI NO**

14. Hay algún miembro de la familia que reciba ingreso de activos o bienes incluyendo intereses acumulados de cuentas de cheques, ahorros, intereses acumulados de dividendos, de certificados de depositos, acciones, bonos o ingresos de alguna propiedad que este en renta? **SI NO**

15. Hay algún miembro de la familia que reciba o espere recibir credito de impuestos sobre ingresos ganados? **SI NO**

16. Usted es propietario de una casa o de alguna propiedad de bienes y raices? **SI NO**

17. Usted alguna vez ha vendido u otorgado una propiedad de bienes y raices o algun active o bien en los ultimos dos anos **SI NO**

Beneficios No Monetarios

Tipo de beneficio	SI o NO	Si se aplica Tipo / Cantidad
Programa de asistencia para la nutrición suplementaria (SNAP)		
Programa de Seguro Médico (escoja una de las opciones siguientes A-E)		
Mujeres, bebés y niños (WIC) programa de nutrición		
Servicios de guardería por TAFDC		
Servicios de transportación por TAFDC		
Otro servicios por TAFDC		
Vivienda Publica		
Sección 8		
MRVP		
Otra asistencia para renta		
Asistencia temporal para renta		
Otro		

A. Privado (por su empleador) B. Medicare C. Medicaid D. Del
 Estado para Niños E. Veterano

Presupuesto

Ingresos:

Ingreso	CANTIDAD MENSUAL	Semanal/Quincenal
Salario	\$	\$
TAFDC, EAEDC	\$	\$
SSI, SSDI	\$	\$
Desempleo	\$	\$
Manutención Infantil	\$	\$
Cupones de alimento	\$	\$
Otro	\$	\$

Gastos:

Para **todos** los gastos pagados. En la columna **Prioridad**, enumere del gasto mas indispensable al menos indispensable. El **1** siendo el **primer** cobro que paga) cómo paga sus cobros del primer mes, primero (1), Segundo (2), tercero (3)...

Prioridad	Gasto	Pagaod a...	Cantidad mensual	Presupuesto semanal
	Renta		\$	\$

	Calefacción de aceite		\$	\$
	Agua caliente		\$	\$
	Electricidad		\$	\$
	Gas		\$	\$
	Agua		\$	\$
	Teléfono		\$	\$
	Célular		\$	\$
	Alimentos		\$	\$
	Comida Fuera		\$	\$
	Transporte publico		\$	\$
	Pago de carro		\$	\$
	Seguro de carro		\$	\$
	Gasolina		\$	\$
	Cuidado infantil		\$	\$
	Pagos atrasados		\$	\$
	Cable		\$	\$
	Liempeza básica (liempeza, lavandería)		\$	\$
	Etc. (cigarros, otros gasos)		\$	\$

Información de Activos o Bienes:

Enumere los tipos o fuentes que su familia recibe como activos. Proporcione el valor actual de efectivo y el ingreso que recibe del activo o bien.

Nombre del miembro de la familia	Tipo y fuentes de activos o bienes (ej. Cheques ahorros, inversiones)	Valor del Activo o Bien en efectivo
		\$
		\$
		\$
		\$

Verificación del Arrendador:

Mencione su propietario actual. Si usted se hospeda en un refugio, con familiares o con amistades antes de haberse quedado sin hogar proporcione la información sobre el último arrendador.

Nombre del propietario o arrendador: _____

Dirección: _____

Número de teléfono: _____

Usted esta sin hogar esta a punto de perder su hogar debido a un aviso de desalojo?

SI No

Si la respuesta es si, favor de proporcionar una copia de Aviso de desalojo

Cuánto paga de renta por su apartamento? \$ _____

Hay servicios básicos incluidos en su renta? SI No

Enumere los servicios básicos que están incluidos en su pago de la renta:

Su propietario o arrendador le aumentado la renta? SI No

Si la respuesta es si, desde hace cuánto? _____ Cuál fue la cantidad que se le aumentó? \$ _____

Cuantos cuartos tiene su apartamento? _____
Cuantos miembros de su familia viven con usted? (No se incluya) _____

Si califica para recibir fondos para el Programa de Respuesta Rápida, le gustaría participar en una encuesta de seguimiento?

Esta encuesta es voluntaria y las respuestas anteriores no tendrán ningún efecto en la decisión que se toma en relación a la elegibilidad que el solicitante pueda tener para el Programa de Respuesta Rápida.

- SI**, estoy dispuesto a participar en la encuesta de seguimiento si llego a recibir fondos mediante el Programa de Respuesta Rápida.
- NO**, estoy dispuesto a participar en la encuesta de seguimiento si llego a recibir fondos mediante el Programa de Respuesta Rápida.

Certificación de la Solicitud y Divulgación de Información:

Yo/Nosotros certificamos que la información que he dado en esta solicitud es verdadera y correcta, y entiendo que cualquier declaración falsa o evasiva puede resultar en el rechazo de mi solicitud. Yo/nosotros autorizamos a Somerville Homeless Coalition para averiguar y verificar la información que he proporcionado en esta solicitud. Autorizamos a Somerville Homeless Coalition para dialogar esta solicitud con Somerville Housing Assistance Committee (el Comité de Asistencia para Viviendas en Somerville). Entiendo que mis archivos no pueden divulgarse sin mi consentimiento por escrito y que puedo revocar este consentimiento en cualquier momento, aunque reconozco que algunas acciones ya se han tomado en mi nombre. También entiendo que la información difundida entonces se celebrará en la más estricta confidencialidad por su destinatario. Entiendo que esta autorización es válida por un año desde la fecha de su firma.

Firma del Cabeza de la Familia

Fecha

Firma del segundo a cargo de la familia

Fecha

Otro miembro del hogar mayor de 18 años

Fecha

Otro miembro del hogar mayor de 18 años

Fecha

Aviso de Privacidad de Somerville Homeless Coalition, Inc.

Resumen Breve

[1 de Junio del 2012]

[Version 2.0]

Este aviso describe la política de privacidad en **Somerville Homeless Coalition (SHC)**.
En cualquier momento esta política podrá ser modificada.

- SHC recolecta información cuando es pertinente.
- SHC podría usar o revelar información para poder proporcionarle servicios
- SHC podría también usar o revelar información para cumplir con las obligaciones legales y otras.
- The Commonwealth of Massachusetts administra una Sistema de mantenimiento de registros computarizados, uno que es seguro, encriptado y basado en un Sistema en línea de red, que capta información sobre personas en una situación de desamparo por falta de vivienda o a punto de perder su vivienda o que anteriormente estaban sin hogar, incluyendo la adquisición de sus servicios básicos. Los programas que usa SHC son Commonwealth *Virtual Gateway* y *Los Servicios Integrados de Rastreo (ASIST) Esfuerzos de Resultado (ETO)* y el Sistema de Información Administrativo de Personas sin Hogar (HMIS) como herramientas de gestión para base de datos para recopilar información sobre los participantes o clientes que sirven y los servicios que se les proporcionan. SHC asume que usted está de acuerdo en que nos permita recopilar información y utilizarla o revelarla cómo se detalla en esta notificación.
- Usted puede revisar la información personal que nosotros tenemos.
- Usted puede pedirnos corregir información que sea incorrecta o inadecuada.
- Usted puede preguntar acerca de nuestra cláusula de privacidad y nuestras prácticas
- Nosotros le respondemos a sus preguntas y quejas.
- Solicite y lea la notificación para más detalles.

Yo, _____, como cliente de Somerville Homeless Coalition, Inc., e revisado (o se me ha leído) la referencia anterior del Aviso de Privacidad y he entendido a su totalidad el contenido en esta fecha _____.

Firma del Cliente: _____ Fecha: _____

Firma del personal: _____ Fecha: _____