Formulario de Admision y Consentimiento de Accion Comunitaria

de la Asociacion de Gobiernos de Cinco Condados

**\*POR FAVOR, COMPlE LA INFORMACION A LO MEJOR DE SU CONOCIMIENTO**

Asociacion de Accion Comunitaria de los Cinco Condados tiene programas para ayudar estabilizar las situaciones y **mejorar auto suficiencia** (menos dependencia de las programas del gobierno). Asociación de Acción Comunitaria de la Asociación de Gobiernos de los Cinco Condados no se discrimina sobre basado en la edad, disabilidad, informacion genetica, el origen nacional, el embarazo, composición familiar, raza, religion, genero, situacion de empleo, estado civil, orientacion sexual, y cualquier clase protegida descrita por la ley federal y del estado. Como departmento, Tambien no nos descrimina sobre orientacion sexual o preferencia del genero. Sin embargo, Acción Comunitaria de Cinco Condados tiene la derecha de reservar servicio a los clientes debajo la siguiente, las circunstancias que no son protegidos:

* Hace que el personal, los voluntarios u otros clientes se sientan amenazados de alguna manera. Esto incluye el acoso sexual, la agresión verbal y física, la exhibición de un arma o un arma percibida y la emisión de amenazas.
* El cliente busca servicios fuera del horario de atención sin cita previa y sin una cita programada.
* El cliente ha sido excluido de la asistencia de Cinco Condados como resultado de fraude, incumplimiento de los términos de servicio o cualquier otra razón documentada..

**Lo que se REQUIERE** de mi**?**

* Reúna todos los documentos identificados anteriormente. Comprenda que la documentación incompleta podría retrasarlo o descalificarlo para los servicios.
* Preséntese a la cita a tiempo. Si llega tarde sin previo aviso, es posible que se le pida que reprograme.
* Declare TODOS los ingresos y proporcione comprobantes de ingresos (talones de pago, seguro social, declaraciones de impuestos o estados de cuenta bancarios), según la fuente de financiamiento. Es posible que se requieran otros documentos.
* Reportar a TODOS los miembros del hogar
* Cinco Condados Tambien se cumple seguimientos para asegurarse de que las cosas van bien con usted, ayúdenos con esto.

**Por favor, comprenda que esta solicitud no califica y/o garantiza ningún financiamiento. Todos nuestros servicios están supeditados a la disponibilidad de financiación.**

**Cuanto tiempo lo toma?** Desde la solicitud hasta el corte de un cheque, generalmente pasan al menos 2 semanas. Cinco Condados estará en contacto con su posible arrendador durante este tiempo.

**Cuales son los servicios ofrecidos en la Comunidad de Acicion de los Cinco Condados?** Nos ofrece una variedad de servicios, que puede cambiar en función de las necesidades de la comunidad y de las subvenciones recibidas. Actualmente, Accion de la Communidad ofrece pañales, asistencia para la solicitud de hipotecas, asistencia para el alquiler, asistencia para depósitos, obtención de certificados de nacimiento e identificación, servicio comunitario ordenado por la corte y asistencia con el agua. También lo derivaremos a otros servicios externos, según sea necesario.

**Para acelerar el proceso de admisión, envíe los ingresos del hogar con su solicitud (los últimos 30 días de ingresos: (talones de pago, seguro social, declaraciones de impuestos o estados de cuenta bancarios)**

**Por favor, traiga todos los documentos a su cita programada. Si no se presenta la documentación, podría retrasarlo o descalificarlo para los servicios que necesita (planifique unos 60 minutos para su cita):**

🞏 Completar el paquete de admisión de la Asociación de Gobiernos de Cinco Condados - Acción Comunitaria

🞏 Identificación con foto para todos los mayores de 18 años

🞏 Todas las tarjetas de Seguro Social o certificados de nacimiento de todos los miembros del hogar

🞏 Evaluación de admisión con el administrador de casos de Acción Comunitaria de Cinco Condados (solo con cita previa)

|  |
| --- |
| five county CAPLogo.pngAdmisión de Acción Comunitaria de la Asociación de Gobiernos de cinco condados**\*** **Por favor, complete la información a su leal saber y entender \***  |
|  |
| **Solicitante**  |  |  |  |
|  | NOMBRE  | APELLIDO | SEGUNDO NOMBRE | SUFIJO |
| **Direccion:**  |  | **Ciudad:** |  | **Estado:** |  |
| **Codigo postal:** |  | **Telefono #:** |  | [ ] Celular [ ] Casa[ ] Trabajo | **Suplente #:** |  | [ ] Celular [ ] Casa[ ] Trabajo |
| **Corro Electonico:** |  | **Persona de contacto :**si coresponde |  |
| 🞎 Acepto recibir correos electrónicos sobre eventos y recursos de la comunidad🞎 Necesito servicios de traducción en (idioma ): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

|  |  |
| --- | --- |
| **INFORMACION DEL HOGAR:***(Marque Uno)* | **Sin Hogar:** Lugar no destinado a ser habitado Refugio de emergencia**Institutional:** Hogar de acogida / Hogar grupal Hospital/ Otros centros médicos residenciales no psiquiátricos cárcel, prisión o centro de detención juvenilCentro de atención a largo plazo/hogar de ancianos Hospital psiquiátrico/otro centro psiquiátrico Centro de tratamiento de abuso de sustancias o centro de desintoxicación**Temporal y Vivienda Permanente:** Vivienda transitoria para personas sin hogar (incluidos los jóvenes sin hogar) Residencial/casa de medio camino sin criterios para personas sin hogarQuedarse o vivir con amigos: TEMPORAL o PERMANENTE Quedarse o vivir con la familia: TEMPORAL o PERMANENTE *Amigos/familiares, ¿les pagas el alquiler? Si No* Viviendas para veteranos, alquileres por clientes GPD, TIP o VASH Vivienda permanente (que no sea RRh) para personas que anteriormente no tenían hogarAlquiler por cliente con subsidio, círculo: RRH o subsidio equivalente vale de elección de vivienda (HCV como la Sección 8) unidad de vivienda pública Otras subvenciones en cursoAlquiler por cliente sin subsidio de vivienda en cursoPropiedad del cliente, circulo: con subsidio de vivienda en curso No hay subsidio de vivienda en curso |
| **Duración de la estancia:***(Marque Uno)* | 1 noche o menos 2 – 6 noches un mes o mas, pero menos de 90 diasMas de 90 dias, menos de un ano una semana o mas, pero menos de un mes Un ano o mas  |
| **¿Es usted un sobreviviente de violencia doméstica??** 🞎 No 🞎 los ultimos 3 meses 🞎 3-6 meses atras 🞎 6 meses-hasta hace un ano 🞎 Hace un ano o mas  **¿Está huyendo actualmente de la violencia doméstica?** 🞎 No 🞎 Si **Fecha en que comenzó su falta de vivienda** (no siempre la fecha en que ingresó al refugio): *\_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ (mes/dia/ano)* **Historial de desalojos:** En los ultimos 12 meses, ¿Ha sido desalojado usted?? 🞎 No 🞎 Si  ¿Está usted sin hogar hoy debido a un desalojo? 🞎 No 🞎 Si ¿Se le ha negado la vivienda debido a un desalojo? 🞎 No 🞎 Si **¿Código postal de la última dirección permanente en el que vivió?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  |

|  |
| --- |
| **Se necesita asistencia de traducción? 🞎 Si 🞎 No Si hay recuros, te gustaria continuar tu educacion? 🞎 Si 🞎 No** |

**INFORMACION FINANCIERO**

Para determinar con precisión los ingresos brutos de una persona o de un hogar, se deben considerar las siguientes fuentes en la determinación de los ingresos: 1) Ingresos brutos del empleo (sueldos, salarios, propinas, comisiones, bonificaciones, etc.), 2) Compensación por desempleo (pública o privada), 3) Compensación de trabajadores, 4) Seguro social, 5) Asistencia pública o pagos de bienestar en forma de efectivo (TANF, SSI, Asistencia General no federal o pagos de dinero de Ayuda General), 6) Pagos de veteranos, 7) Beneficios para sobrevivientes, 8) Beneficios por discapacidad, 9) Pensión o ingresos de jubilación, 10) Seguro regular o cualquier tipo de pago de anualidades, 11) Becas, subvenciones, becas y ayudantías de colegios o universidades, 12) Ingresos por intereses sobre activos superiores a $10,000, 13) Dividendos, 14) Rentas, regalías y patrimonios y fideicomisos, 15) Asistencia educativa, 16) Pensión alimenticia, 17) Manutención de los hijos, 18) Asistencia financiera de fuera del hogar, 19) Otros ingresos (asignaciones familiares militares u otro apoyo regular de un miembro de la familia ausente o alguien que viva en el hogar, etc.), 20)Si una persona vive con una familia, sume los ingresos de todos los miembros de la familia. (Las personas que no son parientes, como los compañeros de casa, no cuentan).

**INFORMACION DEL HOGAR**

|  |  |
| --- | --- |
| **Tipo de familia:** *(Marque Uno)* | 🞎Solo 🞎Multiples Adultos (sin ninos) 🞎Madre/Padre Soltero/a(marque uno): Female Male otro 🞎Dos padres🞎 Adultos no emparentados con niños 🞎 Hogar multigeneracional 🞎 Otro, por favor, explicalo: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

 De acuerdo con los Servicios Legales del Programa de Acción Comunitaria (CAPLAW, por sus siglas en inglés), los ingresos de todos los miembros de cada unidad familiar individual deben incluirse para determinar la elegibilidad de ingresos. Una unidad familiar es (1) individuos relacionados: dos o más personas relacionadas por nacimiento, matrimonio y/o adopción que residen juntas, o (2) Un individuo no relacionado: un individuo que no es un recluso de una institución y que reside solo o con una o más personas que no están relacionadas con él/ella por nacimiento, matrimonio y/o adopción, excluyendo a los compañeros de casa (inquilinos o arrendatarios).

 **MIEMBROS DEL HOGAR:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Información demográfica necesaria a continuación | **Miembro del hogar #1****Nombre:Primero**, Segundo Nombre, ApellidoNombre:  | **Miembro del hogar #2**Nombre:Primero, Segundo Nombre, ApellidoNombre:  | **Miembro del hogar #3**Nombre:Primero, Segundo Nombre, ApellidoNombre: |
| **Relacion**Al jefe de la familia | mismo🞎**Prueba de identidad presentada , expira:\_\_\_\_\_\_\_\_** | Relacion: | Relacion: |
| **Número de teléfono, si es diferente** |   |  |  |
| **Raza y opciones de etnicidad:**(Encierre en un círculo todo lo que corresponda) | Soy indio, nativo de Alaska o indígenaMiddle Eastern or NorteafricanoNegro, Afroamericano, Africano Nativo de Hawái o de las islas del Pacífico Asiático o Asiático-Americano BlancoHispana / Latina/e/o/xDetalles adicionales opcionales: | Soy indio, nativo de Alaska o indígenaMiddle Eastern or NorteafricanoNegro, Afroamericano, Africano Nativo de Hawái o de las islas del Pacífico Asiático o Asiático-Americano BlancoHispana / Latina/e/o/xDetalles adicionales opcionales: | Soy indio, nativo de Alaska o indígenaMiddle Eastern or NorteafricanoNegro, Afroamericano, Africano Nativo de Hawái o de las islas del Pacífico Asiático o Asiático-Americano BlancoHispana / Latina/e/o/xDetalles adicionales opcionales: |
| **Fecha de nacimiento**Mes/Dia/Ano |  |  |  |
| **Seguridad Social #** | 🞏 No tiene Seguro social #  | 🞏 No tiene Seguro Social #  | 🞏 No tiene Seguro Social #  |
| **Genero** (Encierre en un círculo todo lo que corresponda) |  Hombre interrogatorio Mujer TransgeneroNo binario Identidad culturalmente específica (es decir, 2-espíritus)Identidad diferente (describalo): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  Hombre interrogatorio Mujer TransgeneroNo binario Identidad culturalmente específica (es decir, 2-espíritus)Identidad diferente (describalo): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  Hombre interrogatorio Mujer TransgeneroNo binario Identidad culturalmente específica (es decir, 2-espíritus)Identidad diferente (describalo): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| **Educacion**(Marque uno) | 0-3 años Pre-K – 8º gradoGrados 9 – 12 Graduado de escuela segundariaAlgunos GED universitariosTítulo de posgrado de 2 a 4 años de universidad | 0-3 años Pre-K – 8º gradoGrados 9 – 12 Graduado de escuela segundariaAlgunos GED universitariosTítulo de posgrado de 2 a 4 años de universidad | 0-3 años Pre-K – 8º gradoGrados 9 – 12 Graduado de escuela segundariaAlgunos GED universitariosTítulo de posgrado de 2 a 4 años de universidad |
| **Condición de inhabilitación?** |  Si No desconocido |  Si No desconocido | Si No desconocido |
| **Servicio Militar** | Actualmente, en el pasado, no es un veterano | Actualmente, en el pasado, no es un veterano | Currently In the past Not a Veteran |
| **Seguro de Salud** | Nada Medicaid Medicare Pago Privado Estado Seguro de Salud para Adultos CHIP COBRAAdministración de Salud de Veteranos (VHA) Proveedor empleadorServicios de Salud Indígena Otro\_\_\_\_\_ | Nada Medicaid Medicare Pago Privado Estado Seguro de Salud para Adultos CHIP COBRAAdministración de Salud de Veteranos (VHA) Proveedor empleadorServicios de Salud Indígena Otro\_\_\_\_\_ | Nada Medicaid Medicare Pago Privado Estado Seguro de Salud para Adultos CHIP COBRAAdministración de Salud de Veteranos (VHA) Proveedor empleadorServicios de Salud Indígena Otro\_\_\_\_\_ |
| **Situación laboral** | Desempleado (0-6 meses) Tiempo ParcialDesempleado (6 meses +) Tiempo completo Granja de temporada para migrantes | Desempleado (0-6 meses) Tiempo ParcialDesempleado (6 meses +) Tiempo completo Granja de temporada para migrantes | Desempleado (0-6 meses) Tiempo ParcialDesempleado (6 meses +) Tiempo completo Granja de temporada para migrantes |
| **Fuente de ingresos mensuales** | Ninguno Ingresos del trabajo Seguro de Desempleo Seguro Privado de Incapacidad de SSDI, SSIJubilación de la manutención de los hijos de Soc SecsCompensación por discapacidad de VA Compensación para trabajadoresPensión por discapacidad de VA TANF AsistanciaPensión alimenticia general (GA) Pensión alimenticia/otra manutención conyugalPensión / Ingresos de jubilación de un trabajo anteriorOtro:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Ninguno Ingresos del trabajo Seguro de Desempleo Seguro Privado de Incapacidad de SSDI, SSIJubilación de la manutención de los hijos de Soc SecsCompensación por discapacidad de VA Compensación para trabajadoresPensión por discapacidad de VA TANF AsistanciaPensión alimenticia general (GA) Pensión alimenticia/otra manutención conyugalPensión / Ingresos de jubilación de un trabajo anteriorOtro:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Ninguno Ingresos del trabajo Seguro de Desempleo Seguro Privado de Incapacidad de SSDI, SSIJubilación de la manutención de los hijos de Soc SecsCompensación por discapacidad de VA Compensación para trabajadoresPensión por discapacidad de VA TANF AsistanciaPensión alimenticia general (GA) Pensión alimenticia/otra manutención conyugalPensión / Ingresos de jubilación de un trabajo anteriorOtro:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| **Documentación de ingresos mensuales**  Proporcionar verificación con cada ingreso |   Declaración de impuestos  Talones de pago  Estado de cuenta bancario  Hoja SSI/SSDI  Informe de beneficios de DWS 24 meses  |   Declaración de impuestos  Talones de pago  Estado de cuenta bancario  Hoja SSI/SSDI  Informe de beneficios de DWS 24 meses  |  Declaración de impuestos  Talones de pago  Estado de cuenta bancario  Hoja SSI/SSDI  Informe de beneficios de DWS 24 meses  |
| **Fuente de beneficios mensuales** | 🞏 Ninguno 🞏 SNAP 🞏 WIC 🞏 TANF Servicios de transporte 🞏 TANF Servicios de cuidado infantil 🞏 other: \_\_\_\_\_\_\_\_  | 🞏 Ninguno 🞏 SNAP 🞏 WIC 🞏 TANF Servicios de transporte 🞏 TANF Servicios de cuidado infantil 🞏 other: \_\_\_\_\_\_\_\_  | 🞏 Ninguno 🞏 SNAP 🞏 WIC 🞏 TANF Servicios de transporte 🞏 TANF Servicios de cuidado infantil 🞏 other: \_\_\_\_\_\_\_\_  |
| **¿Jóvenes desconectados?**Jóvenes de 14 a 24 años que no trabaja ni estudia | Si No |  Si No |  Si No |
| **Barreras presentes en la actualidad**(Marque todo lo que corresponda)Indefinido: 1- sin final previsible, 2- impacta sustancialmente tu vida, 3- Podría mejorarse con la vivienda | Trastorno por consumo de alcohol, ¿indefinido? Sí No Condición de salud crónica, ¿indefinida? Sí No Discapacidad del Desarrollo? Si NoTrastorno por consumo de drogas (pasado/actual), ¿indefinido? Sí No HIV/AIDS  Trastorno de Salud Mental, ¿indefinido? Sí No Discapacidad física, ¿indefinida? Sí No  La persona no tiene barreras reportadas  | Trastorno por consumo de alcohol, ¿indefinido? Sí No Condición de salud crónica, ¿indefinida? Sí No Discapacidad del Desarrollo? Si NoTrastorno por consumo de drogas (pasado/actual), ¿indefinido? Sí No HIV/AIDS  Trastorno de Salud Mental, ¿indefinido? Sí No Discapacidad física, ¿indefinida? Sí No  La persona no tiene barreras reportadas  | Trastorno por consumo de alcohol, ¿indefinido? Sí No Condición de salud crónica, ¿indefinida? Sí No Discapacidad del Desarrollo? Si NoTrastorno por consumo de drogas (pasado/actual), ¿indefinido? Sí No HIV/AIDS  Trastorno de Salud Mental, ¿indefinido? Sí No Discapacidad física, ¿indefinida? Sí No  La persona no tiene barreras reportadas  |

**MIEMBROS DEL HOGAR CONTINUIDO:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Información demográfica necesaria a continuación | **Miembro del hogar #4****Nombre:Primero**, Segundo Nombre, ApellidoNombre:  | **Miembro del hogar #5**Nombre:Primero, Segundo Nombre, ApellidoNombre:  | **Miembro del hogar #6**Nombre:Primero, Segundo Nombre, ApellidoNombre: |
| **Relacion**Al jefe de la familia | Relacion: | Relacion: | Relacion: |
| **Número de teléfono, si es diferente** |   |  |  |
| **Raza y opciones de etnicidad:**(Encierre en un círculo todo lo que corresponda) | Soy indio, nativo de Alaska o indígenaMiddle Eastern or NorteafricanoNegro, Afroamericano, Africano Nativo de Hawái o de las islas del Pacífico Asiático o Asiático-Americano BlancoHispana / Latina/e/o/xDetalles adicionales opcionales: | Soy indio, nativo de Alaska o indígenaMiddle Eastern or NorteafricanoNegro, Afroamericano, Africano Nativo de Hawái o de las islas del Pacífico Asiático o Asiático-Americano BlancoHispana / Latina/e/o/xDetalles adicionales opcionales: | Soy indio, nativo de Alaska o indígenaMiddle Eastern or NorteafricanoNegro, Afroamericano, Africano Nativo de Hawái o de las islas del Pacífico Asiático o Asiático-Americano BlancoHispana / Latina/e/o/xDetalles adicionales opcionales: |
| **Fecha de nacimiento**Mes/Dia/Ano |  |  |  |
| **Seguridad Social #** | 🞏 No tiene un numero de Seguro Social  | 🞏 No tiene un numero de Seguro Social  | 🞏 No tiene un numero de Seguro Social  |
| **Genero** (Encierre en un círculo todo lo que corresponda) |  Hombre interrogatorio Mujer TransgeneroNo binario Identidad culturalmente específica (es decir, 2-espíritus)Identidad diferente (describalo): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  Hombre interrogatorio Mujer TransgeneroNo binario Identidad culturalmente específica (es decir, 2-espíritus)Identidad diferente (describalo): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Hombre interrogatorio Mujer TransgeneroNo binario Identidad culturalmente específica (es decir, 2-espíritus)Identidad diferente (describalo): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| **Educacion**(Marque uno) | 0-3 años Pre-K – 8º gradoGrados 9 – 12 Graduado de escuela segundariaAlgunos GED universitariosTítulo de posgrado de 2 a 4 años de universidad | 0-3 años Pre-K – 8º gradoGrados 9 – 12 Graduado de escuela segundariaAlgunos GED universitariosTítulo de posgrado de 2 a 4 años de universidad | 0-3 años Pre-K – 8º gradoGrados 9 – 12 Graduado de escuela segundariaAlgunos GED universitariosTítulo de posgrado de 2 a 4 años de universidad |
| **Condición de inhabilitación?** | Si No Disconocido | Si No Disconocido |  Si No Disconocido |
| **Servicio Militar** | Actualmente, en el pasado, no es un veterano | Actualmente, en el pasado, no es un veterano | Actualmente, en el pasado, no es un veterano |
| **Seguro de Salud** | Nada Medicaid Medicare Pago Privado Estado Seguro de Salud para Adultos CHIP COBRAAdministración de Salud de Veteranos (VHA) Proveedor empleadorServicios de Salud Indígena Otro\_\_\_\_\_ | Nada Medicaid Medicare Pago Privado Estado Seguro de Salud para Adultos CHIP COBRAAdministración de Salud de Veteranos (VHA) Proveedor empleadorServicios de Salud Indígena Otro\_\_\_\_\_ | Nada Medicaid Medicare Pago Privado Estado Seguro de Salud para Adultos CHIP COBRAAdministración de Salud de Veteranos (VHA) Proveedor empleadorServicios de Salud Indígena Otro\_\_\_\_\_ |
| **Situación laboral** | Desempleado (0-6 meses) Tiempo ParcialDesempleado (6 meses +) Tiempo completo Granja de temporada para migrantes | Desempleado (0-6 meses) Tiempo ParcialDesempleado (6 meses +) Tiempo completo Granja de temporada para migrantes | Desempleado (0-6 meses) Tiempo ParcialDesempleado (6 meses +) Tiempo completo Granja de temporada para migrantes |
| **Fuente de ingresos mensuales** | Ninguno Ingresos del trabajo Seguro de Desempleo Seguro Privado de Incapacidad de SSDI, SSIJubilación de la manutención de los hijos de Soc SecsCompensación por discapacidad de VA Compensación para trabajadoresPensión por discapacidad de VA TANF AsistanciaPensión alimenticia general (GA) Pensión alimenticia/otra manutención conyugalPensión / Ingresos de jubilación de un trabajo anteriorOtro:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Ninguno Ingresos del trabajo Seguro de Desempleo Seguro Privado de Incapacidad de SSDI, SSIJubilación de la manutención de los hijos de Soc SecsCompensación por discapacidad de VA Compensación para trabajadoresPensión por discapacidad de VA TANF AsistanciaPensión alimenticia general (GA) Pensión alimenticia/otra manutención conyugalPensión / Ingresos de jubilación de un trabajo anteriorOtro:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Ninguno Ingresos del trabajo Seguro de Desempleo Seguro Privado de Incapacidad de SSDI, SSIJubilación de la manutención de los hijos de Soc SecsCompensación por discapacidad de VA Compensación para trabajadoresPensión por discapacidad de VA TANF AsistanciaPensión alimenticia general (GA) Pensión alimenticia/otra manutención conyugalPensión / Ingresos de jubilación de un trabajo anteriorOtro:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| **Documentación de ingresos mensuales**  Proporcionar verificación con cada ingreso |  Declaración de impuestos  Talones de pago  Estado de cuenta bancario  Hoja SSI/SSDI  Informe de beneficios de DWS 24 meses  |   Declaración de impuestos  Talones de pago  Estado de cuenta bancario  Hoja SSI/SSDI  Informe de beneficios de DWS 24 meses  |   Declaración de impuestos  Talones de pago  Estado de cuenta bancario  Hoja SSI/SSDI  Informe de beneficios de DWS 24 meses  |
| **Fuente de beneficios mensuales** | 🞏 Ninguno 🞏 SNAP 🞏 WIC 🞏 TANF Servicios de transporte 🞏 TANF Servicios de cuidado infantil 🞏 other: \_\_\_\_\_\_\_\_  | 🞏 Ninguno 🞏 SNAP 🞏 WIC 🞏 TANF Servicios de transporte 🞏 TANF Servicios de cuidado infantil 🞏 other: \_\_\_\_\_\_\_\_  | 🞏 Ninguno 🞏 SNAP 🞏 WIC 🞏 TANF Servicios de transporte 🞏 TANF Servicios de cuidado infantil 🞏 other: \_\_\_\_\_\_\_\_  |
| **¿Jóvenes desconectados?**Jóvenes de 14 a 24 años que no trabaja ni estudia |  Si No |  Si No | Si No |
| **Barreras presentes en la actualidad**(Marque todo lo que corresponda)Indefinido: 1- sin final previsible, 2- impacta sustancialmente tu vida, 3- Podría mejorarse con la vivienda | Trastorno por consumo de alcohol, ¿indefinido? Sí No Condición de salud crónica, ¿indefinida? Sí No Discapacidad del Desarrollo? Si NoTrastorno por consumo de drogas (pasado/actual), ¿indefinido? Sí No HIV/AIDS  Trastorno de Salud Mental, ¿indefinido? Sí No Discapacidad física, ¿indefinida? Sí No  La persona no tiene barreras reportadas  | Trastorno por consumo de alcohol, ¿indefinido? Sí NoCondición de salud crónica, ¿indefinida? Sí No Discapacidad del Desarrollo? Si NoTrastorno por consumo de drogas (pasado/actual), ¿indefinido? Sí No HIV/AIDS  Trastorno de Salud Mental, ¿indefinido? Sí No Discapacidad física, ¿indefinida? Sí No  La persona no tiene barreras reportadas  | Trastorno por consumo de alcohol, ¿indefinido? Sí No  Condición de salud crónica, ¿indefinida? Sí No Discapacidad del Desarrollo? Si NoTrastorno por consumo de drogas (pasado/actual), ¿indefinido? Sí No HIV/AIDS  Trastorno de Salud Mental, ¿indefinido? Sí No Discapacidad física, ¿indefinida? Sí No  La persona no tiene barreras reportadas  |

Para miembros adicionales del hogar, por favor imprima esta página nuevamente

**DECLARACIÓN DE AUTOSUFICIENCIA**

De acuerdo con la Subvención Global de Servicio Comunitario, la "autosuficiencia" se define como:

El solicitante debe alcanzar (o trabajar hacia) un conjunto de metas que resulten en una mayor autosuficiencia y eliminen algunas de las causas de la pobreza de esa familia. ¿Qué problemas enfrenta el solicitante y los recursos que la familia (o las agencias comunitarias con las que la familia está trabajando) aporta para abordar estos problemas?

A continuación, tenga un plan escrito para la autosuficiencia creado dentro de su familia/hogar:

**CSBG & TANF Pautas de Ingresos**

**Departmento de Salud y Pautas de Pobreza de los Servicios Humanos**

Todos los clientes que reciben servicios deben poder demostrar que son elegibles para los programas y que los ingresos del hogar son iguales o inferiores al **200%** de las Pautas Federales de Pobreza. Es posible que nuestros programas vuelvan pronto al nivel de pobreza del 125%.

2024 Directrices Sobre la Pobreza

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Tamaño del hogar** | **Mensual** | **Anual** |
| **125%** | **200%** | **125%** | **200%** |
| 1 | $1,568.75 | $2,510.00 | $18,825.00 | $30,120.00 |
| 2 | $2,129.17 | $3,406.67 | $25,550.00 | $40,880.00 |
| 3 | $2,689.58 | $4,303.33 | $32,275.00 | $51,640.00 |
| 4 | $3,250.00 | $5,200.00 | $39,000.00 | $62,400.00 |
| 5 | $3,810.42 | $6,096.67 | $45,725.00 | $73,160.00 |
| 6 | $4,370.83 | $6,993.33 | $52,450.00 | $83,920.00 |
| 7 | $4,931.25 | $7,890.00 | $59,175.00 | $94,680.00 |
| 8 | $5,491.67 | $8,786.67 | $65,900.00 | $105,440.00 |
| 9 | $6,052.08 | $9,683.33 | $72,625.00 | $116,200.00 |
| 10 | $6,612.50 | $10,580.00 | $79,350.00 | $126,960.00 |

Las directrices se encuentran en: <https://aspe.hhs.gov/topics/poverty-economic-mobility/poverty-guidelines>

**Autorización para Divulgar Información**

Las agencias que se enumeran a continuación están diseñadas para ayudar a las personas/familias que experimentan una crisis de vivienda. La autorización está diseñada para permitir que esas agencias compartan información de los clientes para colaborar en los servicios y promover la estabilidad de la vivienda.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Nombre de Cliente:  |  | Fecha de Nacimiento:  |  |
| Nombre de Cliente:  |  | Fecha de Nacimiento:  |  |
| Direccion: |  | Telefono: |  |

**al marcar esta casilla, apruebo todas las agencias enumeradas a continuación**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Asociación de Gobiernos de los Cinco Condados  |  | El Banco de Alimentos de Utah y las Despensas de Alimentos Locales |
|  | Departamento de Servicios de la Fuerza Laboral (DWS, por sus siglas en inglés) |  | Cuidado y Compartir del Condado de Iron |
|  | Centro de Salud Conductual del Suroeste |  | Cuidado de la salud intermontañosa |
|  | Autoridad de Vivienda de Cedar City o St. George |  | Centro de Crisis para Mujeres de Canyon Creek (Violencia Doméstica) |
|  | Cuidado de la Salud Familiar / Clínica |  | Centro DOVE (Violencia Doméstica) |
|  | Readaptación profesional  |  | Empresas de servicios públicos (Questar Gas, Rocky Mountain Power, etc.) |
|  | La División de Servicios para Niños y Familias |  | Administración de Veteranos y Departamento de Asuntos de Veteranos del Sur de Utah |
|  | Oficinas del Alguacil del Condado en el Área de Servicio  |  | Centro de recursos comunitarios de Switchpoint  |
|  | LDS Oficina del Obispo Transitorio Obispo con el que está trabajando: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  | Otras agencias/personas con las que el equipo puede ponerse en contacto para ayudar en casos individuales: (enumere): |
|  | Distrito Escolar del Condado de Iron o Washington |  | Miembros de la familia (lista):  |
|  | Departamentos de Policía |  | Hotels (Involucrado con el programa de vales de hotel) |
|  | Servicios de Protección para Adultos (APS, por sus siglas en inglés) |  | Arrendador o prestamista hipotecario |
|  | Libertad Condicional y Libertad Condicional para Adultos (AP&P)/agencia privado de libertad condicional |  | Otro (lista): |

**Información que se divulgará:** Solo el personal autorizado compartirá la información del cliente necesaria para la prestación del servicio, la elegibilidad del programa, para realizar un seguimiento de las tendencias demográficas, los patrones de servicio y los resultados obtenidos por el cliente. La información de identificación no personal también se puede utilizar con fines de investigación e informes a otras agencias de servicios, fuentes de financiamiento actuales y potenciales del programa y otros programas ofrecidos por.

**Con el propósito de: (a)** proporcionarme servicios coordinados de vivienda, médicos, sociales, psicológicos y de otro tipo, (b) evaluar los resultados relacionados con la prestación de servicios, y (c) mejorar la coordinación de los servicios para ayudar a las personas que experimentan una crisis de vivienda, y (d) identificar las barreras y brechas de servicio que bloquean el camino para salir de la falta de vivienda. En caso de publicación de los resultados del programa, mi identidad se mantendrá confidencial, aunque se podrá discutir información sobre mis circunstancias.

**Derecho de revocación:** Esta autorización está sujeta a revocación en cualquier momento, excepto en la medida en que las agencias que deben hacer las divulgaciones ya hayan tomado medidas sobre la base de esas divulgaciones. A menos que el cliente revoque lo contrario, esta versión caduca después de 1 año.

**Posible redivulgación**: Entiendo que la información que autorizo a divulgar puede volver a divulgarse y no estar sujeta a las regulaciones de privacidad médica. Sin embargo, las reglas federales de confidencialidad (42 CFR, parte 2) prohíben a los destinatarios hacer cualquier divulgación adicional de los registros de abuso de alcohol y sustancias a menos que se permita expresamente una divulgación adicional mediante el consentimiento por escrito de la persona a la que pertenecen o si La divulgación está permitida por 42 CFR, parte 2. Las reglas federales restringen cualquier uso de la información para investigar o enjuiciar penalmente a un cliente de abuso de alcohol o drogas.

**Al firmar a continuación, autorizo a las organizaciones mencionadas anteriormente a compartir información relacionada con mis necesidades de vivienda.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| Firma del Cliente (1)  |  | Fecha |
|  |  |  |
| Firma del Cliente (2)  |  | Fecha |
|  |  |  |
| Firma del Administrador de Casos |  | Fecha |

# Procedimiento de Reclamación de Accion Comunitaria de los Cinco Condados

# Este Procedimiento de Queja debe ser seguido por los consumidores del programa que no estén satisfechos o se les nieguen los servicios bajo los programas financiados por la Subvención en Bloque para Servicios Comunitarios (CSBG), la Subvención en Bloque para Servicios Sociales (SSBG) y cualquier otra subvención o programa supervisado por el Consejo de Servicios Humanos de los Cinco Condados. Se intentará resolver las quejas lo antes posible.

# Informal: El consumidor llevará el problema a la atención del proveedor local del programa. Si no se resuelve a satisfacción del consumidor, el consumidor tiene la opción de presentar la queja mediante la presentación de una queja formal.

**Denuncia formal**

1. El consumidor presentará una queja por escrito al proveedor local del programa dentro de los cinco (5) días hábiles posteriores al incidente o al conocimiento del incidente. El Proveedor del Programa local responderá por escrito en un plazo de diez (10) días hábiles. Si no se resuelve a satisfacción del consumidor, tiene la opción de continuar.
2. b) Si el problema aún no se resuelve a satisfacción del consumidor, el consumidor puede presentar una queja por escrito dentro de los diez (10) días hábiles al Director de Acción Comunitaria, Asociación de Gobiernos de los Cinco Condados, 1070 West, 1600 South, Building B, St. George, Utah 84770. El Director de Acción Comunitaria responderá por escrito dentro de los diez (10) días hábiles. Si no se resuelve a satisfacción del consumidor, tiene la opción de continuar.
3. c) Si el problema aún no se resuelve a satisfacción del consumidor, el consumidor puede presentar una queja por escrito dentro de los diez (10) días hábiles al Director Ejecutivo de la Asociación de Gobiernos de los Cinco Condados, 1070 West 1600 South Building B, St. George, Utah 84770. El Director Ejecutivo utilizará personal de apoyo o apoyo del Consejo de Servicios Humanos según se considere necesario para investigar la información y tomar una decisión con respecto a la queja. El Director Ejecutivo responderá por escrito en un plazo de diez (10) días hábiles. Si no se resuelve a satisfacción del consumidor, tiene la opción de continuar.
4. d) Si el problema aún no se resuelve a satisfacción del consumidor, se le proporcionará al consumidor la dirección y el número de teléfono del Presidente del Consejo de Servicios Humanos de los Cinco Condados y del Comité Directivo de la Asociación de Gobiernos de los Cinco Condados. Una audiencia ante el Consejo de Servicios Humanos ofrecerá el siguiente nivel de queja y ayudará a remediar las acciones apropiadas con respecto a la queja. La naturaleza de la denuncia y de la investigación deberán estar debidamente documentadas. La respuesta al consumidor abordará la queja recibida y las medidas pertinentes tomadas. Si algún miembro del Consejo de Servicios Humanos está involucrado en la queja, esos miembros se excluirán del procedimiento de queja.
5. e) Si la decisión no es satisfactoria para el consumidor, el consumidor será remitido al procedimiento de quejas de la agencia estatal correspondiente. En la mayoría de los casos, será el Departamento de Servicios de la Fuerza Laboral de Utah o el Departamento de Servicios Humanos de Utah.

Puede ver una copia actualizada del procedimiento de queja en nuestro sitio web en <https://fivecountycommunityaction.squarespace.com/grievance-procedure>

**DECLARACIÓN FIRMADA**

Al firmar a continuación, verifico que la información que he proporcionado en esta solicitud es verdadera y precisa a mi entender.

También he leído y entiendo los Procedimientos de Quejas de Acción Comunitaria de los Cinco Condados.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| Firma del cliente numero (1)  |  | Fecha |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| Firma del cliente numero (2)  |  | Fecha |

# Derechos y Responsabilidades de los Participantes de Acción Comunitaria de los Cinco Condados

Todos los participantes tienen derechos que deben ser reconocidos y respetados. Los derechos y responsabilidades que se enumeran a continuación estarán disponibles para que los participantes los revisen, y se les explicará cuando lo soliciten.

**DERECHOS**: Cada participante que utilice los servicios de Acción Comunitaria tiene derecho a:

1. Ser tratado con dignidad.

2. Estar libre de discriminación.

3. Tener la seguridad de la confidencialidad de la información y la privacidad tanto de los registros actuales como de los cerrados.

4. Conocer los motivos de la terminación involuntaria y los criterios para la readmisión en el programa. Las razones pueden incluir, pero no se limitan a: el daño potencial o los actos de violencia a los participantes u otras personas.

5. Recibir información sobre los procedimientos de quejas y reclamos.

1. Comunicación receptiva de los empleados de Acción Comunitaria, incluidos los empleados de Acción Comunitaria que responden dentro de un período de tiempo razonable.

**RESPONSABILIDADES**: Cada participante que utilice los servicios de Acción Comunitario debe:

1. Completar y firmar la documentación apropiada para los servicios que reciben.

2. Seguir las reglas de conducta de los servicios que reciben.

3. Abstenerse de traer armas de fuego o cuchillos a cualquier instalación de Acción Comunitaria o actividad patrocinada.

4. Cumplir con la Ley de Aire Limpio de Utah al no fumar ni vapear dentro de ninguna instalación de Acción Comunitaria.

5. Tratar a todas las personas de manera cuidadosa y respetuosa, teniendo en cuenta las diferencias individuales, incluida la diversidad cultural y étnica.

1. No discriminar a nadie por motivos de raza, color, credo, edad, religión, discapacidad, sexualidad o nacionalidad.
2. No participar en actividades que puedan ser vistas como un conflicto de intereses entre la OWCA y otros involucrados en la Acción Comunitaria.
3. Comunícate con la agencia de manera oportuna. Si Community Action no recibe respuesta después de dos semanas de comunicarse, es posible que su caso se cierre y que deba volver a solicitar los servicios.
4. Regístrese cada al menos dos semanas con su administrador de casos asignado.

He leído y entiendo las políticas de Acción Comunitaria con respecto a mis Derechos y Responsabilidades mientras recibo servicios en Acción Comunitaria. Acepto cumplir con estas políticas durante el tiempo que esté utilizando los servicios de Community Action.

Para ver el Código de Conducta de Acción Comunitaria en <https://fivecountycap.org/code-of-conduct/>

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| Firma |  | Fecha |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| Firma |  | Fecha |

**FOR OFFICE USE ONLY:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Five County Community Action Case Manager Signature below: |  | Assessment Date: |
|  |  | Application Completion Date: |

**Sistema de Información para el Manejo de Personas sin Hogar de Utah: Formulario de Liberación de Consentimiento Informado**

**¿Qué es UHMIS?FCAOG participa en el Sistema de Información de Manejo de Personas sin Hogar de Utah (UHMIS, por sus siglas en inglés), una base de datos en línea que recopila información sobre personas en Utah que se encuentran sin hogar, aquellas en riesgo de quedarse sin hogar y aquellas que anteriormente no tenían hogar.**

**¿Qué tipo de información se me pide? UHMIS solicita información de identificación que incluye, entre otros, datos demográficos básicos (es decir, nombre, fecha de nacimiento, etc.), datos de salud limitados (es decir, condición discapacitante) e información financiera. Cada pregunta ha sido revisada cuidadosamente para garantizar que solo se recopile la información mínima requerida.**

**¿Con quién se comparte?**

**FCAOG debe recopilar información del cliente en UHMIS para participar en el programa, incluso si el cliente no firma este formulario. Sin embargo, la información se comparte con otros proveedores solo después de que el cliente firme este formulario de consentimiento para divulgar esa información (los proveedores se enumeran en UtahHMIS.org/Participating-Agencies). Para obtener más información sobre cómo se protege y comparte la información del cliente, consulte la publicación de privacidad de UHMIS (que se encuentra en todos los puntos de recopilación de datos de HMIS)** o la Política de Privacidad de UHMIS; Ambos están disponibles en UtahHMIS.org/Governance.

**¿Qué pasa si el cliente se niega a firmar este formulario?**

**● Los clientes pueden negarse y no se les negarán los servicios a menos que una fuente de financiamiento específica para esos servicios requiera que la información del cliente se comparta en UHMIS.**

**● Los clientes pueden negarse a compartir su información solo con uno o todos los demás proveedores.**

● Los clientes pueden optar por no compartir ningún elemento de datos específico incluso después de firmar este formulario de consentimiento.

● Para que FCAOG pueda servir a los clientes con este proyecto participante de UHMIS, la información del cliente seguirá siendo ingresada en UHMIS y será visible para los usuarios que trabajan para esta agencia. También será visible para un pequeño grupo de personas que no trabajan en esta agencia y que brindan seguridad, supervisión, análisis de datos e investigación para mejorar los servicios para aquellos atendidos por UHMIS.

**¿Cuándo termina el consentimiento del cliente? El consentimiento del cliente finalizará siete años después de la fecha de firma por defecto; Sin embargo, los clientes también pueden cambiar su consentimiento para compartir en cualquier momento. Debido a la naturaleza de UHMIS, cuando finaliza el consentimiento del cliente, esta agencia no compartirá información nueva, pero esta agencia no eliminará nada que ya se haya compartido dentro del sistema.**

 **Derechos del Cliente**

● Los clientes pueden solicitar este documento en un formato que se adapte mejor a sus necesidades y comprensión.

● Los clientes pueden solicitar ver información para ellos mismos y sus dependientes legales y cambiarla si es incorrecta. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **Entiendo las declaraciones anteriores y doy mi consentimiento para la inclusión de información de identificación personal en UHMIS sobre mí y cualquier dependiente que se enumere a continuación y autorizo que la información recopilada se comparta con otros proveedores. Entiendo que mi información de identificación personal no se hará pública y solo se utilizará con estricta confidencialidad. También entiendo que puedo retirar mi consentimiento en cualquier momento mediante la presentación de un Formulario de Revocación de Consentimiento Informado de UHMIS, que puede ser proporcionado por esta agencia. Entiendo que puedo obtener una copia de mi formulario de consentimiento firmado de esta Agencia.**

Hijos dependientes menores de 18 años en el hogar, si los hay (escriba en letra de molde y apellido):

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma del Cliente (Padre/Guardián) Nombre del Cliente (Imprima con claridad) Fecha

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma del Personal de la Agencia Nombre de la Persona de la Agencia (Imprima con claridad) Fecha

*(Agency use, as needed)* ▢ The client provided verbal consent ▢ Client refused ▢ Client restricts some sharing (specify agencies on the form)

2021.07.01 UHMIS Standard Operating Procedures

**Case Manager completes this page**

Assessment Date: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_ Assessor Name: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Client ID: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Assessment Type: *(Circle One)* Entry, Annual, During, Exit Head of Household Client ID: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Project Name: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ move-in date: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

What is the Enrollment CoC? Utah Balance of State

Relationship to HOH: *(Circle One)* Self, Child, Spouse or Partner, Other relation, Other non-relation

Eviction History *(Circle One for each question)*

o In the last 12 months, have you been evicted? Yes | No

o Are you homeless today because of an eviction? Yes | No

o Have you been denied housing due to an eviction? Yes | No

Zip Code of the last permanent address you lived at? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Translation Assistance Needed: *(Circle One)* No | Yes

|  |
| --- |
| **Living situation at enrollment/ Intake:****(Circle One)** |
| **Homeless (Literal homelessness)** Place not meant for habitationEmergency Shelter**Institutional** Foster care home or foster care group homeHospital or other residential non-psychiatric medical facilityJail, prison, or juvenile detention facilityLong-term care facility or nursing homePsychiatric hospital or other psychiatric facilitySubstance abuse treatment facility (or detox)**Temporary Housing** Transitional housing for homeless personsResidential or halfway house with no homeless criteriaHotel or motel paid for without emergency shelter voucherStaying or living with family TEMPORARY Staying or living with friends TEMPORARY **Permanent Housing** Staying or living with family PERMANENT Staying or living with friends PERMANENT Rental by client, no ongoing housing subsidyRental by client, with ongoing housing subsidy (Mark One Below)GPD TIP housing subsidyVASH housing subsidyRRH or equivalent subsidyHCV voucher (tenant or project based, not homeless dedicated, a.k.a., Section 8)Public housing unitRental by client, with other ongoing housing subsidyEmergency Housing VoucherFamily Unification Program Voucher (FUP)Foster Youth to Independence Initiative (FYI)Permanent Supportive HousingOther permanent housing dedicated for formerly homeless personsOwned by client, with ongoing housing subsidyOwned by client, no ongoing housing subsidy |
|
|