



Centro de Recursos de Vivienda
7102 W Okanogan Place Suite 201
Kennewick, WA 99336
Telefono: 509.737.3946

Los dias de evaluacion son: Martes, Miercoles y Jueves: 8am to 11:30am y 1:00pm-4:30pm

Si usted ha estado viviendo en las calles o en un refugio; O tiene un aviso de desalojo para su propio alquiler, y son de bajos ingresos, entonces usted es elegible para ser evaluado para asistencia

REQUERIDO PARA EVALUAR

1. Verificación del estado de personas sin hogar: carta de referencia del proveedor de vivienda/servicio; O el aviso de desalojo actual de su propio contrato de alquiler y/o documentación de apoyo por que se atrasó en el alquiler.
2. Verificación de ingresos para todos los miembros del hogar: los pagos mensuales del mes anterior o la hoja impresa del mes anterior que muestra el salario bruto (antes de las deducciones).

Favor de traer:

- Identificación con foto
- Tarjetas de seguro social



---Albergues en nuestra comunidad---



FOR OFFICE USE ONLY	
HMIS ID: _____	Referred to: _____

Informacion del Cliente

Informacion del hogar. Porfavor Ingrese cada miembro del hogar								
Cuantas personas hay en tu hogar? Adultos: _____ Niños: _____			Ultima Ciudad Permanente _____			C.P. _____		
Relacion con cabecera del hogar Pareja/Niños/Etc	Nombre	Apellido	Fecha de Nacimiento	Genero	Raza	Etnico Hispano (H) or No-Hispano (N)	Veterano (fuerzas Armedas) Si o No	Numero de Seguro Social
1. Si mismo								
2.								
3.								
4.								
5.								
6.								
7.								
8.								

Numero de Tel.: _____

Tel. de Mensaje: _____

Situacion actual de vivienda:

- Si** **No**
 Tiene un aviso de desalojo? Si es que si, Que es la fecha de desalojo? _____
 Esta actualmente sin hogar?
 Ha estado sin hogar por un año o mas?
 Cuantas veces has dormido en las calles o en un refugio de emergencia en los últimos 3 años? _____
 Cuantos meses has dormido en las calles o en un refugio de emergencia en los últimos 3 años? _____
 Cuantos meses has dormido en la calle o en un refugio de emergencia? _____
 Durante sus episodios de falta de hogar, estuvo usted sin hogar por lo menos durante 15 días?

Preguntas sobre el bienestar del hogar:

Si mismo (1):

- Si** **No**
 Tiene una discapacidad física? Es este largo plazo? **SI NO**
 Tiene una discapacidad e desarrollo? Es este largo plazo? **SI NO**
 Tiene una enfermedad crónica? Es este largo plazo? **SI NO**
 Tiene usted un problema de salud mental?
 Tiene un proveedor de salud mental? Si es así, nombrar aquí: _____
 Tiene un problema de drogas o alcohol? **Alcohol, Droga, Los dos** Está siendo tratado por esto? **SI NO**

- Ha sido víctima de violencia doméstica o de pareja? Cuando fue la última vez? _____
- Alguna vez ha sido arrestado? Si es así, Por favor indique fechas y cargos: _____

Miembro Adulto de Hogar (2):

- | Si | No | | |
|--------------------------|--------------------------|---|---|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Tiene una discapacidad física? | Es este largo plazo? SI NO |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Tiene una discapacidad e desarrollo? | Es este largo plazo? SI NO |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Tiene una enfermedad crónica? | Es este largo plazo? SI NO |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Tiene usted un problema de salud mental? | |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Tiene un proveedor de salud mental? | Si es así, nombrar aquí: _____ |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Tiene un problema de drogas o alcohol? | Alcohol, Droga, Los dos Está siendo tratado por esto? SI NO |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Ha sido víctima de violencia doméstica o de pareja? | Cuando fue la última vez? _____ |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Alguna vez ha sido arrestado? | Si es así, Por favor indique fechas y cargos: _____ |

Hijo/a miembro/a del Hogar (3):

- | Si | No | No | |
|--------------------------|--------------------------|--|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Tiene una discapacidad física? | Es este largo plazo? SI NO |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Tiene una discapacidad e desarrollo? | Es este largo plazo? SI NO |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Tiene una enfermedad crónica? | Es este largo plazo? SI NO |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Tiene usted un problema de salud mental? | |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Tiene un proveedor de salud mental? | Si es así, nombrar aquí: _____ |

Hijo/a miembro/a del Hogar (4):

- | Si | No | | |
|--------------------------|--------------------------|--|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Tiene una discapacidad física? | Es este largo plazo? SI NO |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Tiene una discapacidad e desarrollo? | Es este largo plazo? SI NO |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Tiene una enfermedad crónica? | Es este largo plazo? SI NO |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Tiene usted un problema de salud mental? | |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Tiene un proveedor de salud mental? | Si es así, nombrar aquí: _____ |

Hijo/a miembro/a del Hogar (5):

- | Si | No | | |
|--------------------------|--------------------------|--|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Tiene una discapacidad física? | Es este largo plazo? SI NO |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Tiene una discapacidad e desarrollo? | Es este largo plazo? SI NO |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Tiene una enfermedad crónica? | Es este largo plazo? SI NO |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Tiene usted un problema de salud mental? | |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Tiene un proveedor de salud mental? | Si es así, nombrar aquí: _____ |

Hijo/a miembro/a del Hogar (6):

- | Si | No | | |
|--------------------------|--------------------------|--|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Tiene una discapacidad física? | Es este largo plazo? SI NO |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Tiene una discapacidad e desarrollo? | Es este largo plazo? SI NO |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Tiene una enfermedad crónica? | Es este largo plazo? SI NO |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Tiene usted un problema de salud mental? | |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Tiene un proveedor de salud mental? | Si es así, nombrar aquí: _____ |

Beneficios no en efectivo: Marque todos los que apliquen

- | | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Estampillas de Alimentos/Tarjeta de Beneficios | <input type="checkbox"/> Medicaid | <input type="checkbox"/> Medicare |
| <input type="checkbox"/> Seguro estatal de salud para niños | <input type="checkbox"/> Servicios Medicos para Veteranos | <input type="checkbox"/> WIC |
| <input type="checkbox"/> Cuidado de Niños - TANF | <input type="checkbox"/> Transportacion de TANF | <input type="checkbox"/> Otro TANF |
| <input type="checkbox"/> Asistencia Temporal de Alquiler | <input type="checkbox"/> Seccion 8 o Asistencia de Alquiler | <input type="checkbox"/> Seguro de salud privado |
| <input type="checkbox"/> Seguro de Salud por Empleador | <input type="checkbox"/> COBRA seguro de salud | <input type="checkbox"/> Seguro de Salud para Adultos por el estado |

Circunstancias que causaron la falta de vivienda: Alcoholismo Abuso de Substancias Transitorio/en la calle
 Crisis Familiar Joven fuera del hogar Razones económicas Nuevo a la área Desplazamiento Desalojo
 Enfermedad Problemas de Salud Violencia Domestica Salud Mental No lo se Otra

Ingresos del Hogar:

Total Mensual bruto (antes de impuestos) Ingresos: _____ Fuente de Ingresos: _____

Por el presente juro y atestigo que toda la información en esta solicitud es verdadera y correcta.

Firma del Cliente

Fecha

Firma del Administrador de casos

Fecha

CERTIFICADO DE INGRESO CERO: Completa esto solo si no tienes ingresos.

He solicitado ayuda para vivienda. Las regulaciones del programa requieren verificación de todos los ingresos de los hogares participantes.

Los ingresos incluyen pero no se limitan a:

- Salarios brutos, sueldos, horas extras, comisiones, honorarios, propinas y bonos
- Utilidad neta de la operación de una empresa o de alquiler o propiedad personal real
- Intereses, dividendos y otros ingresos netos de cualquier tipo por bienes muebles reales
- Pagos periódicos recibidos del Seguro Social, anualidades, pólizas de seguro, fondos de jubilación, pensiones, beneficios de invalidez o muerte y otros tipos similares de ingresos por el período
- Pago (s) a tanto alzado por el retraso en el inicio de un pago periódico (excepto lo dispuesto en 24 CFR 5.609 (b) (5))
- Pagos en lugar de ganancias, tales como compensación por desempleo e incapacidad, compensación al trabajador y indemnización por despido
- Asistencia pública
- Pensiones alimenticias y pagos de manutención de niños (ya sea a través del sistema judicial o no)
- El salario regular, la remuneración especial y las asignaciones de un jefe de familia o cónyuge que es miembro de las Fuerzas Armadas (independientemente de si vive o no en la vivienda)
- Regalos monetarios regulares de familiares y / o amigos

He declarado que durante los últimos 30 días, no tengo ingresos en este momento. No he recibido ningún ingreso desde: _____ . No espero recibir ningún ingreso hasta: _____ . Yo solicite _____ (otra ayuda financiera) en _____ .

Entiendo que cualquier declaración falsa de la información o el hecho de no divulgar la información solicitada en este formulario puede descalificarme de participar en el programa y puede ser motivo para la terminación de la asistencia. ADVERTENCIA: Es ilegal proveer información falsa al gobierno cuando solicite programas de beneficios públicos federales por la Ley de Remedios Civiles de Fraude en el Programa de 1986, 31 U.S.C. §§ 3801-3812.

Certifico que la información anterior es verdadera y correcta.

Firme de Cliente

Fecha

LEA CUIDADOSAMENTE LO SIGUIENTE

El Centro de Recursos para la Vivienda (HRC) administrado por el Departamento de División de Vivienda de Servicios Humanos de Benton y Franklin County, está solicitando su permiso para compartir su información y registros confidenciales con el fin de proporcionarle servicios de extensión y programas que son proporcionados por otros programas y agencias.

El único propósito de revelar esta información será permitir que el personal de HRC, bajo la administración del Departamento de Servicios Humanos de Benton y Franklin County, le proporcione los servicios externos e internos apropiados.

No está obligado a dar su consentimiento para compartir esta información confidencial y personal.

Su elegibilidad para participar en los programas de HRC no depende de su acuerdo para compartir su información confidencial y registros personales con agencias externas.

Si decide no compartir su información confidencial y sus registros personales, incluyendo su número de Seguro Social, puede no ser elegible para servicios adicionales que requieran cooperación interinstitucional.

La información puede ser compartida con cualquiera o todas las siguientes agencias: Conexiones de Acción Comunitaria, Centro de Consejería de Lourdes, Servicios Católicos de Familia y Niños, Departamento de Servicios Sociales y de Salud, Servicios de Violencia Doméstica, Hogares de Familia Elijah, My Friend's Place, Blue Mountain Action Council, El Centro de Oportunidades de Veteranos, la Iglesia de la Comunidad Metropolitana River of Life, las Comunidades en las Escuelas de los Condados de Benton y Franklin, el Ejército de Salvación, la Autoridad de Vivienda de Kennewick y Oxford House.

La información revelada a las agencias de cooperación del CDH no será re-divulgada por dichas agencias sin su autorización específica y consentimiento adicional.

Estoy de acuerdo en que una fotocopia de esta autorización puede ser utilizada para el propósito expuesto anteriormente.

Al firmar a continuación, autorizo al Departamento de Servicios Humanos de Benton y Franklin Counties a obtener información de _____ y / o revelar información a _____ compartir mi información confidencial y registros personales; Esta información se compartirá con las agencias asociadas en la comunidad y sólo en una base de necesidad de saber.

Entiendo que mis registros están protegidos bajo la Ley del Estado de Washington y no pueden revelarse sin mi consentimiento por escrito a menos que se disponga lo contrario en los reglamentos. Este consentimiento es válido por 365 días, a menos que sea actualizado y pueda ser revocado por escrito en cualquier momento excepto en la medida en que ya se hayan tomado medidas basadas en esta autorización.

Impriama Nombre

Firma

Fecha

Política y Procedimiento de Quejas

Paso 1:

Si usted tiene una queja, por favor traerla a la atención del personal. Se intentara resolver inmediatamente el problema.

Paso 2:

Si el problema no puede resolverse directamente con el personal, por favor envíe su queja por escrito a: **BFDHS Grievance Coordinator, 7102 W. Okanogan Place, Ste. 201, Kennewick, WA 99336**. Usted recibirá una respuesta a su queja por escrito dentro de 30 (treinta) días hábiles.

Paso 3:

Si e aún no está satisfecho con los resultados, envíe una solicitud por escrito para una audiencia a: **BFDHS Administrator, 7102 W. Okanogan Place, Ste. 201, Kennewick, WA 99336**.

Una audiencia será programada dentro de 10 (diez) días hábiles después de recibir su solicitud por escrito. Después de su audiencia, usted será notificado por escrito dentro de los 5 (cinco) días hábiles de los resultados de la audiencia.

Al firmar a continuación, reconozco que he sido informado del Departamento de Servicios Humanos de Benton y Franklin, Departamento de Servicios Humanos, Política y Procedimiento de Quejas; Se me entregara una copia firmada para mis registros.

Firma de Cliente

Fecha

Iniciales de Personal de HRC

INCUMPLIMIENTO

CADA UNO DE LOS SIGUIENTES CONSTITUYE UN PROGRAMA DE INCUMPLIMIENTO

1. Falta a citas programadas sin mostrar una Buena causa.
2. No seguir el plan de estabilidad de vivienda y/o metas y objetivos
3. No proporcionar información sobre cambios en el hogar y/o ingreso dentro de los 10 (diez) días del cambio.
4. Violación del contrato de alquiler/arrendamiento/contrato
5. No pago del arrendatarios porción de la renta
6. Falta de contacto con el personal dentro de un periodo de 30 (treinta) días
7. Persona(s) no autorizada(s) que viven en la unidad subvencionada
8. No reportar mayores ingresos

EL SIGUIENTE CONSTITUYE LA TERMINACIÓN DEL PROGRAMA AUTOMÁTICO

1. Desalojo de la unidad de alquiler con "causa"
2. Fraude
3. Abandono de la unidad de alquiler
4. Daño a la unidad de alquiler o motel
5. Rechazo de los servicios de limpieza en motel/hotel

Esta lista es solo una guía y puede no incluir todos los problemas de incumplimiento. Cada caso se tratara sobre una base individual, y puede resultar en una advertencia por escrito, estado de prueba o hasta e incluyendo la terminación inmediata.

Por favor firme abajo que entiende el contenido de este formulario.

Firma del Solicitante

Firma del Co-Solicitante

Firma del Personal

Fecha

BENTON AND FRANKLIN COUNTIES

DEPARTMENT OF HUMAN SERVICES

AUTHORIZATION TO RELEASE INFORMATION

Applicant's Last Name <i>(please print)</i>	First Name	M.I.	Date of Birth
--	------------	------	---------------

I hereby authorize the Benton and Franklin Counties Dept. of Human Services to provide information to the following agencies:

Agency Name	Contact Person	Address	Phone Number	Fax Number

for the purposes such as the verification of rent, residential placement, property management issues, or housing stability goals directly related to participation in the BFDHS Housing Program.

This request and authorization applies to (check items):

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Face sheet | <input type="checkbox"/> Physicians |
| <input type="checkbox"/> Treatment Plans | <input type="checkbox"/> Psychiatric evaluation |
| <input type="checkbox"/> Progress notes | <input type="checkbox"/> Initial Intake |
| <input type="checkbox"/> Discharge Summary | <input type="checkbox"/> Medication use and related information |
| <input checked="" type="checkbox"/> <i>Other (Specify): Housing</i> | |

I understand that my records are protected under Washington State Law and cannot be disclosed without my written consent unless otherwise provided for in the regulations. **This release is good for 365 days unless updated and may be revoked in writing at any time except to the extent that action has already been taken based on this authorization.**

 Applicant's Signature/Authorized Representative (Relation)

 Date

 Case Manager/Provider Representative

 Date



Treasury Rent Assistance Program (Programa de Asistencia de Alquiler de Tesorería, T-RAP)

Formulario de autodeclaración

Complete este formulario para documentar el estado de ingresos de la vivienda, las dificultades financieras, el monto del pago del alquiler y las deudas pendientes de servicios públicos, según corresponda.

- Ingresos:** en la descripción, incluya detalles sobre la fuente de los ingresos, el monto de los ingresos y la frecuencia de los ingresos o indique "sin ingresos".
- Situación de la vivienda:** en la descripción, incluya información sobre cómo el grupo familiar corre el riesgo de quedarse sin hogar o si actualmente experimenta inestabilidad en términos de vivienda (actualmente está atrasado con el pago del alquiler o tiene deudas pendientes con el alquiler, servicios públicos vencidos, otros detalles de inestabilidad en materia de vivienda, como condiciones de vida inseguras o insalubres). *Si huye de la violencia, incluya en la descripción "huida de la violencia". No se requiere información adicional.*
- Dificultades financieras:** en la descripción, incluya información sobre cómo el grupo familiar calificó para los beneficios de desempleo, experimentó una reducción en los ingresos, incurrió en gastos significativos o experimentó otras dificultades financieras, de manera directa o indirecta, debido a la pandemia de la COVID-19 que amenazan la capacidad del grupo familiar para pagar los gastos de la propiedad en alquiler a su vencimiento.
- Monto del pago del alquiler:** en la descripción, incluya el monto del alquiler mensual.
- Deudas pendientes de servicios públicos:** en la descripción, indique el monto de las deudas pendientes de servicios públicos y a quién se las adeuda.

Nombre del cliente	
Id. del grupo familiar	
Fecha	

Ingreso

Descripción (<i>fuentes, monto, frecuencia</i>)	
---	--

Estado de la vivienda

Descripción	
-------------	--

Dificultades financieras

Descripción	
-------------	--

Monto del pago del alquiler

** Si utiliza un formulario de autodeclaración para indicar el monto del pago del alquiler, el grupo familiar también debe certificar que no ha recibido, ni espera recibir, otra fuente de subsidio o asistencia pública ni privada para afrontar los costos del alquiler que son objeto de la certificación. En este caso, la asistencia solo se puede brindar durante tres meses a la vez y el beneficiario debe obtener la documentación de origen del alquiler mensual después de tres meses para poder recibir más asistencia.*

Descripción del monto del pago del alquiler*	
--	--

Certificación de otra asistencia pública	<input type="checkbox"/> Al marcar esta casilla, certifico que mi grupo familiar no ha recibido, ni espera recibir, otra fuente de subsidio o asistencia pública ni privada para afrontar los costos de alquiler que son objeto de la certificación.
--	--

Deudas pendientes de servicios públicos

Descripción	
-------------	--

Firma

Firma del grupo familiar (se aceptan las firmas electrónicas)	<hr/>
--	-------