



LAKESHORE CAP, INC.

Aplicación para el Program de Apoyo a la Vivienda

Una vez que complete la aplicación, usted puede seleccionar una de las maneras para enviárnosla:

TRAIGALA a 131 S. 3rd Ave, Sturgeon Bay
(La oficina está abierta con horas limitadas)

ENVIELA al PO Box 791, Sturgeon Bay, WI 54235-0791

FAX to 920.746.0142

CORREO ELECTRONICO info@lakeshorecap.org

LLAME 920.743.0192

**Door County
Emergency
Response
Fund**

A partnership of



- Su aplicación será revisada por un Trabajador(a) de Caso en el orden en el que fue recibida. Debido a que recibimos muchas aplicaciones, podría tomar una semana o dos antes de que se le notifique su elegibilidad.
- Asegúrese de proveer **TODAS** las respuestas en el paquete de aplicación. De lo contrario esto resultará en un retraso en obtener una decisión.
- Se le notificará por ESCRITO (Se le enviara por correo, si es posible) el resultado de la decisión dentro de 14 días.
- Una vez que su aplicación sea revisada, su aplicación estará **Pendiente** o **No Elegible**.
 - Si sus circunstancias cambian, usted necesitará volver a aplicar.
 - Si su aplicación está Pendiente, usted recibirá una petición para que nos provea información adicional, que incluirá;
 - Ingresos de los 30 días antes de su aplicación;
 - Comprobante de cualquier beneficio que usted reciba, tales como Food Share (estampillas de comida) o BadgerCare (seguro médico del estado);
 - Documentación de los estados de su cuenta de cheques o ahorros de los últimos 30 días;
 - Notificación de desalojo;
 - Contrato de renta valido, por escrito;
 - Copia de las tarjetas de identificación de todos los adultos y tarjetas del seguro social de todos los miembros de la familia.
 - Usted tendrá 14 días para proveer la información que se le pide o su aplicación se cerrará automáticamente. ¡Usted puede agilizar el proceso de determinación si provee la información con esta aplicación!

1. *Nuestra aplicación es larga y requiere mucha información al comienzo. Esto se debe a los fondos que recibimos. Cada pregunta es importante y nos ayuda a determinar su elegibilidad. También necesitamos la información para reportar a nuestros donantes sobre los datos demográficos de las personas que solicitan la asistencia.*
2. *Si usted es elegible, tomarán varias semanas para completar todo el proceso.*
3. *Usted también puede Apelar la decisión o poner una Queja si usted siente que no se le trato de manera justa. La información para hacer esto se anexa con esta aplicación y usted debe retenerla.*
4. *No dude en llamar a nuestra oficina si tiene preguntas.*

Gracias por tomarse el tiempo para aplicar para nuestra asistencia. Haremos todo esfuerzo posible para dirigirlo a recursos de los que usted pueda beneficiarse.

Copia del Cliente— Por Favor Quédese Con Esta

WI BALANCE OF STATE CoC Formulario de Pre-Evaluación



¿Es usted víctima o sobreviviente de violencia doméstica? Sí No
 Si es así, ¿le gustaría obtener una canalización a una agencia para violencia doméstica? Sí No

Si respondió sí, ¿Cuándo fue la última vez que experimento esto? _____

Si respondió sí, ¿Está tratando de huir de la situación de violencia doméstica? Sí No

¿Tiene usted una discapacidad o necesita acomodaciones razonables para que le brindemos servicios a usted, incluyendo el rellenar este formulario? (Esta pregunta es voluntaria y no afecta su elegibilidad para los servicios) Sí

No

Enliste las acomodaciones especiales que se necesitan:

¿Necesita un intérprete? Sí No ¿En qué lenguaje? _____

Miembros de su Familia (Enliste a todos los que viven en su hogar, sea que sean familiares o no)

Jefe(a) de Familia

Apellido	Nombre	Segundo nombre	Relación con el/la jefe(a) de familia	Genero	<input type="checkbox"/> Discapacitado	Raza	Etnia	Fecha de Nacimiento
								/ /
								/ /
								/ /
								/ /
								/ /

Dirección Actual: _____
 Calle # de Apartamento Ciudad Estado Código Postal

Número Telefónico: _____ Correo Electrónico: _____

Situación de vivienda la noche anterior

- Albergue de emergencia, puede incluir hotel/motel pagado por un vale para albergue de emergencia.
- Lugar que no es apropiado para vivienda incluidos los "servicios de sin vivienda" (solo para programas de alcance)
- Programa Safe haven

¿Cuándo comenzó a experimentar indigencia (no necesariamente cuándo ingreso al albergue)? ___/___/___

- Hotel o motel pagado sin un vale para albergue de emergencia
- Quedándose o viviendo en el cuarto, departamento o casa de un familiar
- Quedándose o viviendo en el cuarto, departamento o casa de un amigo
- Rentando, sin subsidio de vivienda
- Rentando, con subsidio de vivienda VASH
- Rentando, con otro subsidio de vivienda (incluyendo RRH)
- Cárcel, prisión o centro de detención juvenil
- Vivienda transicional para personas indigentes (incluyendo jóvenes indigentes)
- Vivienda permanente (aparte de RRH) para personas que fueron indigentes
- Hospital psiquiátrico o alguna otra institución mental
- Institución para el tratamiento de abuso de sustancias o centro de desintoxicación
- Otra _____
- Proyecto residencial o un hogar de transición sin requerimientos de indigencia
- Institución de cuidado prolongado o un asilo
- Rentando con subsidio de GPD o TIP
- Casa de acogimiento para menores o casa de grupo
- Hospital (por razones no psiquiátricas)
- Dueño de casa, sin subsidio de vivienda
- Dueño de casa, con subsidio de vivienda

WI BALANCE OF STATE CoC Formulario de Pre-Evaluación



Duración de esta situación de vivienda que selecciono arriba.

- Una noche o menos
- 2-6 noches
- Una semana, pero menos de un mes
- Uno a tres meses
- Más de tres meses, pero menos de un año
- Un año o más

Estime cuánto más espera residir ahí.

- No puedo regresar
- Más de un año
- Hasta que reciba alberge/vivienda
- Menos de 3 meses
- 3 meses a un año

Número de veces que se ha quedado en la calle, Alberge de Emergencia, usando un cupón para motel o en un programa Safe Haven en los últimos tres años incluido hoy: _____ veces

Número de veces que se ha quedado en la calle, Alberge de Emergencia, usando un cupón para motel o en un programa Safe Haven en los últimos tres años incluido hoy: _____ meses (no excediendo los 36 meses)

Estado de Veterano Nunca serví Actualmente sirviendo Veterano
Estado de Beneficios para veteranos Actualmente recibíéndolos Actualmente no los recibo Nunca los he recibido

Causa de la indigencia (seleccione todas las que apliquen).

- Divorcio/separación
- Violencia Domestica
- Desalojo
- Le corrieron de casa
- Pérdida de empleo
- Bajos Ingresos
- Enfermedad mental
- Abuso de sustancias
- Libertad Condicional/encarcelamiento
- Salida** de Acogimiento a menores
- Incremento de la Renta
- Otra _____
- Escaparse de casa

FUP Familia Elegible _____ **FUP Joven Elegible** _____

**Para las agencias de asistencia pública para menores únicamente, elegibilidad de FUP debe ser determinada por el PCWA en su condado.*

INGRESOS: (Enliste todas las fuentes de ingresos)

Fuente: _____ Ingreso mensual bruto \$ _____
Fuente: _____ Ingreso mensual bruto \$ _____
Fuente: _____ Ingreso mensual bruto \$ _____

NINGUN INGRESO- ¿Certifica usted que no tiene ningún ingreso de ninguna fuente en este momento?

Si No **VERBAL**

¿Da usted consentimiento para que esta agencia comparta con otras agencias información como, pero no limitado a, su situación, información demográfica de su familia, y cualquier otra pregunta que se haya hecho durante este formulario con el propósito de proveer canalización a la Lista de Entrada Coordinada para la Priorizar?

Si No **VERBAL**

Comprendo que la información contenida en este formulario se proveyó de manera voluntaria. La información es verdadera y correcta según mi conocimiento. Estoy al tanto de que si proveo información falsa o no reporto información pertinente se considera fraude. Si proveo información falsa, comprendo que los servicios se me pueden negar. Comprendo que el completar este formulario no garantiza que recibiré asistencia. **VERBAL**

Firma del Solicitante _____ Fecha: _____

Firma del Representante de la Agencia CoC _____ Fecha: _____

En la sección 'EN LA ESCUELA' circule SI o NO para todos. Seleccione "NO TRABAJANDO" para cada miembro de la familia a quién le aplique, INCLUIDOS los niños.

#1 Usted				# de Seguro Social				Estado Civil:		
¿En la Escuela?	Si/No	¿Grado más alto que haya completado?			¿Se graduó?	Si/No	Circule uno	Masculino	Femenino	Transexual
¿Trabaja?	<input type="checkbox"/> Tiempo completo <input type="checkbox"/> Medio Tiempo <input type="checkbox"/> Temporal		¿Está desempleado?	<input type="checkbox"/> 6 meses o más <input type="checkbox"/> 6 meses o menos <input type="checkbox"/> NO TRABAJO <input type="checkbox"/> Jubilado						
Seguro Médico por medio de:	<input type="checkbox"/> Medicare <input type="checkbox"/> Medicaid <input type="checkbox"/> El Estado Adultos <input type="checkbox"/> El Estado Niños <input type="checkbox"/> Empleador <input type="checkbox"/> Veterano <input type="checkbox"/> Privado <input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> Otro:									

#2 Nombre				# de Seguro Social				Estado Civil:		
¿En la Escuela?	Si/No	¿Grado más alto que haya completado?			¿Se graduó?	Si/No	Circule uno	Masculino	Femenino	Transgenero
¿Trabaja?	<input type="checkbox"/> Tiempo completo <input type="checkbox"/> Medio Tiempo <input type="checkbox"/> Temporal		¿Está desempleado?	<input type="checkbox"/> 6 meses o más <input type="checkbox"/> 6 meses o menos <input type="checkbox"/> NO TRABAJO <input type="checkbox"/> Jubilado						
Seguro Médico por medio de:	<input type="checkbox"/> Medicare <input type="checkbox"/> Medicaid <input type="checkbox"/> El Estado Adultos <input type="checkbox"/> El Estado Niños <input type="checkbox"/> Empleador <input type="checkbox"/> Veterano <input type="checkbox"/> Privado <input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> Otro:									

#3 Nombre				# de Seguro Social				Estado Civil:		
¿En la Escuela?	Si/No	¿Grado más alto que haya completado?			¿Se graduó?	Si/No	Circule uno	Masculino	Femenino	Transexual
¿Trabaja?	<input type="checkbox"/> Tiempo completo <input type="checkbox"/> Medio Tiempo <input type="checkbox"/> Temporal		¿Está desempleado?	<input type="checkbox"/> 6 meses o más <input type="checkbox"/> 6 meses o menos <input type="checkbox"/> NO TRABAJO <input type="checkbox"/> Jubilado						
Seguro Médico por medio de:	<input type="checkbox"/> Medicare <input type="checkbox"/> Medicaid <input type="checkbox"/> El Estado Adultos <input type="checkbox"/> El Estado Niños <input type="checkbox"/> Empleador <input type="checkbox"/> Veterano <input type="checkbox"/> Privado <input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> Otro:									

#4 Nombre				# de Seguro Social				Estado Civil:		
¿En la Escuela?	Si/No	¿Grado más alto que haya completado?			¿Se graduó?	Si/No	Circule uno	Masculino	Femenino	Transexual
¿Trabaja?	<input type="checkbox"/> Tiempo completo <input type="checkbox"/> Medio Tiempo <input type="checkbox"/> Temporal		¿Está desempleado?	<input type="checkbox"/> 6 meses o más <input type="checkbox"/> 6 meses o menos <input type="checkbox"/> NO TRABAJO <input type="checkbox"/> Jubilado						
Seguro Médico por medio de:	<input type="checkbox"/> Medicare <input type="checkbox"/> Medicaid <input type="checkbox"/> El Estado Adultos <input type="checkbox"/> El Estado Niños <input type="checkbox"/> Empleador <input type="checkbox"/> Veterano <input type="checkbox"/> Privado <input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> Otro:									

#5 Nombre				# de Seguro Social				Estado Civil:		
¿En la Escuela?	Si/No	¿Grado más alto que haya completado?			¿Se graduó?	Si/No	Circule uno	Masculino	Femenino	Transexual
¿Trabaja?	<input type="checkbox"/> Tiempo completo <input type="checkbox"/> Medio Tiempo <input type="checkbox"/> Temporal		¿Está desempleado?	<input type="checkbox"/> 6 meses o más <input type="checkbox"/> 6 meses o menos <input type="checkbox"/> NO TRABAJO <input type="checkbox"/> Jubilado						
Seguro Médico por medio de:	<input type="checkbox"/> Medicare <input type="checkbox"/> Medicaid <input type="checkbox"/> El Estado Adultos <input type="checkbox"/> El Estado Niños <input type="checkbox"/> Empleador <input type="checkbox"/> Veterano <input type="checkbox"/> Privado <input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> Otro:									

Pida una página adicional se es necesario o utilice el otro lado de esta página para proveer la información de los miembros de su familia.

Asistencia Social No Monetaria

<input type="checkbox"/> SNAP (Estampillas de Comida) \$ _____/Mo	<input type="checkbox"/> WIC (Mujeres y Niños)	<input type="checkbox"/> LIHEAP/WHEAP (Programa de Asistencia para la Energía)	<input type="checkbox"/> Subsidio para la Guardería
<input type="checkbox"/> Cupón para la Vivienda de Elección (Sección 8)	<input type="checkbox"/> Vivienda Publica(Bajos Recursos)	<input type="checkbox"/> HUD-VASH (para Veteranos)	<input type="checkbox"/> Otra
<input type="checkbox"/> Apoyo de Vivienda Permanente (Programa de Vivienda para personas con problemas mentales)		<input type="checkbox"/> Subsidio de La Ley del Cuidado para la Salud	

Discapacidad — Largo Plazo Corto Plazo

Si usted indicó una Discapacidad en la Pagina 1, por favor marque:	<input type="checkbox"/> Física <input type="checkbox"/> De Desarrollo <input type="checkbox"/> Salud Mental <input type="checkbox"/> HIV/SIDA		
<input type="checkbox"/> Condición de Salud Crónica <input type="checkbox"/> Abuso de Drogas <input type="checkbox"/> Abuso de Alcohol <input type="checkbox"/> Abuso de Alcohol y Drogas <input type="checkbox"/> Otra:			
Primer Nombre de la Persona(s):		Año aproximado en que comenzó:	
¿Actualmente reciben beneficios del Seguro Social SSI o SSDI?	Si / No	¿Actualmente está recibiendo otros servicios médicos?	Si / No

INFORMACION NECESARIA!

Vivienda Actual o Futura

1. ¿Qué tipo de ayuda está usted solicitando?			
2. ¿Cuánto debe usted de renta?	\$ _____	¿Planea usted?	<input type="checkbox"/> Quedarse <input type="checkbox"/> Moverse
3. ¿Tiene usted una Notificación de Desalojo por escrito?	Si / No	<i>Circule cuál</i>	5-días 14- días 28- días Orden de Comparecencia en la Corte
4. ¿Explique por qué usted no puede o pudo pagar la renta o el depósito de seguridad?:			
5. ¿Cómo pagará usted la renta en el futuro?			
6. ¿A qué otras agencias ha contactado usted para que le ayuden?			
7. ¿Cuál fue el resultado?			

Detalles de la Vivienda

Nombre del propietario		# Telefónico del propietario	
¿Es usted familiar del propietario?	Si / No	Si es así, ¿Cómo?	
Tipo de Vivienda:	<input type="checkbox"/> Edificio de Departamentos <input type="checkbox"/> Dúplex o Casa Adosada <input type="checkbox"/> Vivienda Unifamiliar <input type="checkbox"/> Casa Móvil		
¿Cuántas personas viven en la vivienda?		# de Recamaras	Renta Mensual \$ _____

Servicios Públicos Y Electrodomésticos

Seleccione uno:

	Provisto por el propietario	Provisto por el inquilino
Calefacción (Circule uno) Gas Natural Eléctrico Gas Embotellado Otra:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Estufa (Circule uno) Gas Natural Eléctrico Gas Embotellado Otra:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Electricidad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aire Acondicionado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Agua	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Calentador de Agua (Circule uno) Gas Natural Eléctrico Gas Embotellado Otra:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alcantarillado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Recolección de Basura	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Estufa/Microondas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Refrigerador	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Otro:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Si Aplica

Violencia Domestica

➤ Si usted indicó "SI" en abuso o violencia doméstica en la **Página 1**, ¿Cuándo ocurrió el abuso? Marque uno:

<input type="checkbox"/>	En los últimos 3 meses	<input type="checkbox"/>	Hace 6-12 meses
<input type="checkbox"/>	Hace 3-6 meses	<input type="checkbox"/>	Más de 12 meses

Protección de Menores/Acogimiento a Menores

➤ ¿Ha estado usted o alguien en su hogar anteriormente bajo la tutela de una Agencia para la Protección de Menores o Acogimiento de Menores?

Si Así	Nombre(s):
es:	Edad(es) del/los niño(os) cuando dejaron en Sistema de Acogimiento a Menores:

Lakeshore Community Action Program, Inc.

AUTORIZACION PARA REVELAR E INTERCAMBIAR INFORMACION CONFIDENCIAL

I/we give Lakeshore CAP, Inc. permission to contact landlords, social service agencies and other sources to obtain information necessary regarding my household's housing situation, income/budget, program eligibility and status of my case. I/we authorize the exchange of information between agencies to determine eligibility and/or on-going case management to determine program assistance.

Yo/Nosotros doy/damos permiso para que Lakeshore CAP, Inc. contacte a los propietarios, agencias de servicios sociales y otras fuentes para obtener la información necesaria en cuanto a la situación de vivienda de mi familia, ingresos/presupuesto familiar y el estado de mi caso. Yo/Nosotros autorizamos el intercambio de información entre agencias para determinar la elegibilidad y/o la continua gestión de caso para determinar la asistencia del programa.

Entity authorized to use, disclose, or receive information: Entidad autorizada a usar, revelar o recibir informacion:

Lakeshore CAP Phone: **920-682-3737**
702 State Street, PO Box 2315 Fax: **920-686-8700**
Manitowoc, WI 54221-2315

This authorization permits the use or disclosure of information: Esta autorización permite el uso o divulgación de información:

- For the length of duration of services with Lakeshore CAP, or 12 months from the below signed date, whichever comes first.
- Por la duración de los servicios de Lakeshore CAP, o 12 meses desde la fecha en la que se firmó abajo, o lo que ocurra primero.

NOTIFICACION DE LOS DERECHOS CON RESPECTO A LA AUTORIZACION PARA DIVULGACION DE INFORMACION

Derecho a reusar firmar esta autorización: No es requerido que usted firme esta autorización de información y usted puede rehusar hacerlo. El firmar este formulario no es un requisito de participación en el programa de Lakeshore CAP de apoyo a la vivienda.

Derecho a recibir una copia de esta autorización: Usted tiene el derecho a recibir una copia de su autorización de información si usted decide firmarla y solicitar verbalmente una copia.

Derecho a revocar la autorización: Usted tiene el derecho a revocar su autorización de información en cualquier momento. La revocación de esta autorización de información debe ser hecha por escrito a Lakeshore CAP. La revocación por escrito se hará efectiva al ser recibida con excepción de cualquier divulgación de información que tuvo lugar antes de su recibimiento.

I understand the contents of this form. I agree that a photocopy or facsimile copy of this authorization is as valid as the original. I understand that I may request a copy of this form.

Comprendo el contenido de este formulario. Estoy de acuerdo de que una fotocopia o fax de esta autorización sea válida como la original. Comprendo que puedo solicitar una copia de este formulario.

I am the person/household whose information is authorized to be used or disclosed. This form accurately reflects my wishes and I authorize the use or disclosure of information as described in this form.

Soy la persona/familia de quien se autoriza el uso o divulgar su información. Este formulario refleja con exactitud mis deseos y autorizo el uso o desglose de información como se describe en este formulario.

➤ **Debe ser firmado por cualquier miembro de su familia mayor de 18 años. (Use el reverso si es necesario)**

1. Nombre _____ Fecha de Nacimiento _____

Firma _____ Fecha _____

2. Nombre _____ Fecha de Nacimiento _____

Firma _____ Fecha _____

LCAP Staff Signature _____ Date _____



LAKESHORE CAP, INC.

Formulario de Confirmación de Recibimiento de las Pólizas de Apelación, Quejas y Antidiscriminación

FIRME AQUÍ SI...

Al firmar este formulario, reconozco que he recibido una copia de:

- Proceso de Apelación de Lakeshore CAP
- Proceso de Quejas y Pólizas de No Discriminación de Lakeshore CAP

Firma del Jefe(a) de Familia

Fecha

O FIRME AQUI SI...

Si usted **NO** desea aceptar las hojas del Proceso de Apelación, Pólizas de Quejas y Antidiscriminación.

Reconozco que se me ha ofrecido una copia de las Pólizas y procedimientos de Lakeshore CAP que se enlistan arriba, pero hoy he reusado tomar una copia. Comprendo que si solicito una copia en el futuro, esta se me proveerá.

Firma del Jefe(a) de Familia

Fecha

Lakeshore CAP Staff Signature

Date



LAKESHORE CAP, INC.

LAKESHORE CAP, INC. PROCEDIMIENTO DE QUEJAS/POLIZAS DE ANTIDISCRIMINACION

Lakeshore CAP, Inc. Lakeshore CAP, Inc. tiene un proceso de apelación. Tenga en cuenta que si el nivel de los servicios que se le proveyeron no es de su satisfacción, todos nuestros clientes tienen el derecho de apelar la decisión con la oficina de Lakeshore CAP que se enlista abajo:

Lakeshore CAP, Inc. 702 State Street, PO Box 2315, Manitowoc, WI 54221-2315 – Teléfono: 920-682-3737 o al 1-800-924-0510

Todos los solicitantes tienen el derecho a apelar las decisiones cuándo sientan que no se les ha tratado de forma equitativa en cuanto a los servicios de esta agencia. Es preferible que las quejas se presenten lo más pronto posible después del incidente. El que de inmediato se presente una queja, resultara en una investigación más exacta y efectiva. Los solicitantes o participantes deben proveer una declaración por escrito a él/la supervisor(a) del programa, quien revisará la queja. Si el participante no puede hacer su declaración por escrito, se pueden hacer acomodaciones razonables o pueden proveer una declaración oral al supervisor del departamento.

La persona a quien se le envié la queja/reclamo tendrá diez (10) días hábiles para tomar acción en cuanto a la queja. Es la responsabilidad de la persona el reunirse con todas las partes implicadas, obtener la información necesaria e intentar encontrar una solución satisfactoria. Esta persona documentará sus esfuerzos por resolver la queja por escrito y los enviará a La Oficial de Igualdad de Oportunidades Laborales y Acción Afirmativa de Lakeshore CAP.

La Oficial de Igualdad de Oportunidades Laborales y Acción Afirmativa tiene diez (10) días hábiles para tomar acción en la queja. Si la Oficial de Igualdad de Oportunidades Laborales y Acción Afirmativa no llega a una solución en cuanto a la queja/agravio esta será enviada al Director Ejecutivo de la agencia (CEO).

El Director Ejecutivo tiene veinte (20) días hábiles desde que recibe la queja/agravio para actuar sobre este. Si la queja permanece sin resolver después de pasar por el Director Ejecutivo, la queja será enviada al presidente de la Mesa Directiva, quien presentará el asunto al Comité Ejecutivo para su consideración.

El Comité Ejecutivo tiene veinte (20) días hábiles desde que es recibida para resolver la queja. Se le podría requerir al solicitante o participante estar presente. Todas las decisiones hechas por el Comité Ejecutivo son finales.

Póliza de Discriminación

Es la póliza de Lakeshore CAP, Inc. el no discriminar en contra de cualquier solicitante/participante que pida servicios debido a su edad, religión, color, discapacidad, genero, condición física, discapacidad de desarrollo, estado civil, afiliación política, historial criminal, orientación sexual, estatus familiar, fuentes de ingresos legales, condición como víctima de violencia doméstica, abuso sexual o acoso, o su origen nacional. La elegibilidad de servicios se determinará mediante las estipulaciones de los fondos y pólizas/procedimientos del programa.



LAKESHORE CAP, INC.

PROCESO DE APELACION

Lakeshore CAP, Inc. tiene un proceso de apelación. Tenga en cuenta que si el nivel de los servicios que se le proveyeron no es de su satisfacción, todos nuestros clientes tienen el derecho de apelar la decisión con la oficina de Lakeshore CAP que se enlista abajo:

Lakeshore CAP, Inc. 702 State Street, PO Box 2315, Manitowoc, WI 54221-2315 – Phone: 920-682-3737

Cualquier solicitante o participante tiene el derecho a apelar las decisiones que se haya determinado si creen que se cometió un error en la determinación. El que de inmediato presente una apelación, resultará en una investigación más exacta y efectiva. Abajo se enlista el proceso para presentar una apelación:

Primer Paso: Declaración por Escrito: El solicitante debe presentar una declaración por escrito en el cual se resumen las razones específicas porque creen que la determinación en su caso se cometió un error. Si la persona no puede hacer su declaración por escrito, se pueden hacer acomodaciones razonables o pueden proveer una declaración oral al supervisor del departamento.

Segundo Paso: Revisión por el (la) Supervisor(a): La declaración por escrito será presentada a el/la supervisor(a) del departamento y el/la supervisor(a) tendrá 5 días hábiles para obtener la información y responder por escrito al solicitante.

Tercer Paso: Volver a mandar la declaración: El solicitante tendrá 5 días hábiles adicionales para enviar nuevas razones/argumentos. Una vez que estos sean enviados se presentaran al Director Ejecutivo de Lakeshore CAP para que los revise y el Director enviara una respuesta por escrito dentro de 5 días hábiles al solicitante.

Cuarto Paso: Revisión Final: Si el solicitante aún no está satisfecho con esta resolución, y ya se han tomado los pasos previos, se puede agendar una reunión para analizar y proveer una resolución final en la apelación. Puede que la junta directiva de Lakeshore CAP asista a dicha reunión.