

## LakeshoreCAP

### Home – ARP Solicitud de admisión

#### Descripción general del programa:

Este programa está diseñado para prevenir y/o combatir la falta de vivienda en los condados de Sheboygan, Manitowoc, Kewaunee y Door. Lakeshore CAP utiliza fondos de HOME-ARP para brindar un programa de asistencia integral, centrado en el cliente y de mediano a largo plazo. Esto incluye servicios de apoyo para estabilizar los hogares y reducir la inestabilidad de la vivienda. El programa atiende a personas y familias que pertenecen a una de las cuatro poblaciones elegibles que se describen a continuación.

---

#### Información del hogar:

##### Miembros del hogar

---

##### Self

Nombre completo	cabeza de familia	Género	Discapacitado	Raza y etnia	Fecha de nacimiento	Veterano
-----------------	-------------------	--------	---------------	--------------	---------------------	----------

---

Nombre completo	relación con el cabeza de familia	Género	Discapacitado	Raza y etnia	Fecha de nacimiento	Veterano
-----------------	--------------------------------------	--------	---------------	--------------	---------------------	----------

---

Nombre completo	relación con el cabeza de familia	Género	Discapacitado	Raza y etnia	Fecha de nacimiento	Veterano
-----------------	--------------------------------------	--------	---------------	--------------	---------------------	----------

---

Nombre completo	relación con el cabeza de familia	Género	Discapacitado	Raza y etnia	Fecha de nacimiento	Veterano
-----------------	--------------------------------------	--------	---------------	--------------	---------------------	----------

---

Nombre completo	relación con el cabeza de familia	Género	Discapacitado	Raza y etnia	Fecha de nacimiento	Veterano
-----------------	--------------------------------------	--------	---------------	--------------	---------------------	----------

---

Nombre completo	relación con el cabeza de familia	Género	Discapacitado	Raza y etnia	Fecha de nacimiento	Veterano
-----------------	--------------------------------------	--------	---------------	--------------	---------------------	----------

#### Información del contacto

#### Método de comunicación preferida

Número de teléfono: \_\_\_\_\_  Llamada  Mensaje de texto

Correo electrónico: \_\_\_\_\_  Buzón de voz  Correo

Dirección: \_\_\_\_\_

Información sobre ingresos

Certifico que ningún miembro de mi hogar recibe actualmente ningún tipo de ingreso. Esto incluye salarios, prestaciones, ayudas o apoyo financiero de cualquier fuente. Entiendo que debo informar cualquier cambio en mis ingresos y que toda la información proporcionada es veraz según mi leal saber y entender.

	<b>IMPORTE BRUTO MENSUAL</b>	<b>NOMBRE DEL/LOS BENEFICIARIO(S)</b>
Salarios de empleo	\$ _____	_____
TANF (W2 o W2T)	\$ _____	_____
Manutención infantil	\$ _____	_____
SSDI	\$ _____	_____
SSI	\$ _____	_____
<b>Prestaciones por</b>		
desempleo	\$ _____	_____
Pensión / Jubilación	\$ _____	_____
Incapacidad por jubilación	\$ _____	_____
Salarios de	\$ _____	_____
trabajadores autónomos		
Indemnización por	\$ _____	_____
accidente laboral		
Pensión alimenticia	\$ _____	_____
<b>Discapacidad por servicio</b>		
para veteranos	\$ _____	_____
Ingresos en efectivo	\$ _____	_____
Otro	\$ _____	_____
<b>INGRESOS BRUTOS MENSUALES</b>	<b>\$ _____</b>	
<b>INGRESO ANUAL</b>	<b>\$ _____</b>	

**BENEFICIOS NO MONETARIOS**

**CANTIDAD MENSUAL NOMBRE DEL BENEFICIARIO(S)**

Food Share \$ \_\_\_\_\_

WIC \$ \_\_\_\_\_

Servicios médicos de VA \$ \_\_\_\_\_

Seguro de Medicaid  Sí  No \_\_\_\_\_

Seguro de Medicare  Sí  No \_\_\_\_\_

Badger Care  Sí  No \_\_\_\_\_

Cupón de cuidado infantil de TANF  Sí  No \_\_\_\_\_

Transporte de TANF  Sí  No \_\_\_\_\_

Otros servicios financiados  Sí  No \_\_\_\_\_

por TANF Por favor, especifique: \_\_\_\_\_

Sección 8/Vivienda Pública/

Subsidio de Alquiler  Sí  No \_\_\_\_\_

DVR  Sí  No \_\_\_\_\_

Healthy Start  Sí  No \_\_\_\_\_

Asistencia energética (LIHEAP/WHEAP)  Sí  No \_\_\_\_\_

WIA- Ley de Inversión en la Fuerza Laboral  Sí  No \_\_\_\_\_

HUD-VASH- Veteranos  Sí  No \_\_\_\_\_

Otros beneficios o subsidios  Sí  No \_\_\_\_\_

**Población elegible (*seleccione todas las opciones que correspondan*) :**

Para ser elegibles para el programa HOME-ARP, los hogares deben cumplir con los criterios de al menos una de las siguientes poblaciones elegibles:

1.  Personas o familias sin hogar
  - Categoría 1: Personas literalmente sin hogar – Individuos y familias que carecen de una residencia nocturna fija, regular y adecuada, incluidos aquellos que viven en lugares no destinados a la habitación humana (automóviles, parques, edificios abandonados), refugios de emergencia o viviendas de transición.
  - Categoría 2: Riesgo inminente de quedarse sin hogar – Individuos o familias que perderán de forma inminente su residencia principal nocturna (en un plazo de 14 días) y carecen de recursos o redes de apoyo para conseguir una vivienda.
  - Categoría 3: Personas sin hogar según otras leyes federales : jóvenes no acompañados menores de 25 años, o familias con niños y jóvenes, que cumplen con las definiciones federales de personas sin hogar (como el Subtítulo de Educación de la Ley McKinney-Vento) y han experimentado inestabilidad a largo plazo y barreras para acceder a una vivienda.
2.  Personas o familias en riesgo de quedarse sin hogar
  - Ingresos muy bajos (30% del AMI o menos) Y carecen de recursos/redes de apoyo suficientes Y experimentan inestabilidad en materia de vivienda, como por ejemplo:
    - Medidas recientes debido a dificultades económicas
    - Compartir habitación con otros
    - Desalojo inminente
    - Vivir en viviendas superpobladas o inestables
3.  Individuos o familias que huyen o intentan huir
  - Violencia doméstica, violencia en el noviazgo, agresión sexual, acoso o trata de personas  
*(No se requiere documentación del trauma más allá de la autocertificación o la declaración del proveedor de servicios).*
4.  Otras familias que requieren servicios o asistencia para la vivienda para prevenir la falta de vivienda o aquellas en mayor riesgo de inestabilidad habitacional
  - Anteriormente sin hogar y ahora recibiendo asistencia por tiempo limitado
  - Destinar más del 50% de los ingresos mensuales a la vivienda.
  - Ingresos inferiores al 30% o al 50% del AMI (según corresponda) con inestabilidad de vivienda documentada.

**Preguntas de selección:**

1. ¿Tiene actualmente un contrato de arrendamiento a su nombre?  
 Sí  No
2. ¿Está trabajando actualmente con algún otro programa de asistencia para la vivienda (por ejemplo, CoC PSH, TBRA, EHH, Sección 8)?  
 Sí  No.

En caso afirmativo, por favor, indique: \_\_\_\_\_

3. ¿Necesitas ayuda con:

- |   |   |   |   |   |
|---|---|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Tarifas de solicitud de alquiler | <input type="checkbox"/> Asistencia para alquileres a corto plazo         | <input type="checkbox"/> Asistencia para servicios públicos (atrasos, depósitos, pagos) | <input type="checkbox"/> Costos de almacenamiento | <input type="checkbox"/> Legal (véase Acciones Legales) |
| <input type="checkbox"/> Depósito de seguridad            | <input type="checkbox"/> Asistencia para el alquiler a largo plazo (TBRA) | <input type="checkbox"/> Costos de mudanza  | <input type="checkbox"/> Cuidado de los niños     |   |

\* Los servicios se prestan en función de las directrices del programa y los fondos disponibles; su disponibilidad no está garantizada.

**Contacto principal para el programa HOME-ARP en Lakeshore CAP:**

**Nombre:** Sandra Bauer

**Teléfono:** (920)-803-6991

**Correo electrónico:** sandrab@lakeshorecap.org

**Acuse de recibo y firma:**

Al firmar a continuación, afirmo que la información proporcionada es veraz y completa a mi leal saber y entender. Entiendo que esta solicitud es el primer paso para determinar mi elegibilidad para la asistencia del programa HOME-ARP.

**Firma del jefe de familia:** \_\_\_\_\_

**Fecha:** \_\_\_\_\_

**Consentimiento verbal**

**Firma de otro miembro del hogar:** \_\_\_\_\_

**Fecha:** \_\_\_\_\_

**Consentimiento verbal**

**Firma del personal:** \_\_\_\_\_

**Fecha:** \_\_\_\_\_