



Solicitud del Programa de Vivienda de Apoyo

LAKESHORE CAP, INC.

<p>Condado de MANITOWOC</p> <p>TRAIGA su solicitud a nuestra oficina en: 702 State Street- 2^{do} piso (esquina de State y 7^{ma} calle)</p> <p>POR CORREO a PO Box 2315, Manitowoc, WI 54221-2315</p> <p>POR FAX al 920.686.8700</p> <p>ELECTRÓNICO a info@lakeshorecap.org</p> <p>LLAME AL 920.682.3737</p>	<p>Condado de SHEBOYGAN</p> <p>TRAIGA/envíe por correo su solicitud a nuestra oficina dentro del <u>Condado de Sheboygan</u>.</p> <p><u>Centro de Empleo</u> en 3620 Wilgus Avenue, PO Box 896, Sheboygan, WI 53082- 0896</p> <p>ENVÍE POR FAX al 920.694.0291</p> <p>ENVÍO ELECTRÓNICO a info@lakeshorecap.org</p> <p>LLAME AL 920.803.6991</p>	<p>PUERTA/KEWAUNEE Co</p> <p>TRAER a 131 S. 3rd Ave., Sturgeon Bay (<i>horario de atención limitado</i>)</p> <p>POR CORREO a PO Box 791, Sturgeon Bay, WI 54235-0791</p> <p>POR FAX al 920.746.0142</p> <p>ELECTRÓNICO a info@lakeshorecap.org</p> <p>LLAMA AL 920.743.0192</p> <p><i>*También puede enviarse a la oficina de Manitowoc</i></p>
---	---	--

- Su solicitud será revisada por un administrador de casos en el orden en que fue recibida. Debido a que recibimos muchas solicitudes, pueden pasar una semana o dos antes de que se le notifique su elegibilidad.
- Se le notificará POR ESCRITO (por correo, si es posible) el resultado de su decisión dentro de los 14 días.
- Asegúrese de completar CADA respuesta en el paquete de solicitud. De no hacerlo, se retrasará la decisión.
- Una vez que se revise su solicitud, estará en un estatus de Pendiente o No Elegible.
 - Si **no es elegible**, su caso se cerrará y deberá volver a presentar una nueva solicitud. Las reglas del programa para los hogares que solicitan incluyen, entre otras:
 - Las fuentes de financiamiento no nos permiten ayudar con el pago del alquiler de unidades que se consideran subsidiadas. (**por ejemplo, Sección 8, Autoridad de Vivienda, etc.**)
 - Las fuentes de financiamiento requieren que para recibir asistencia para el alquiler y evitar que pierda su vivienda, debe haber ingresos suficientes que le permitan pagar el alquiler en el futuro.
 - Las fuentes de financiamiento requieren que todos los programas tengan reglas de elegibilidad de ingresos.
 - Las fuentes de financiamiento requieren que todas las unidades cumplan con el estándar federal de alquiler justo en el mercado.
 - Si está **Pendiente**, recibirá una solicitud para completar una evaluación y ser remitido a Entrada Coordinada.

1. Our application is lengthy and requires a lot of information up front. This is due to the funding that we receive. Each question is important and helps us determine your eligibility. We also need the information to report back to our funders the demographics about those requesting assistance.
2. If you are eligible, it will take several weeks to go through our entire process.
3. You may also Appeal the decision or file a Grievance if you feel that you were treated unfairly. The information to do this can be found on the homepage of Lakeshore CAP's website.
4. Feel free to call our office with any questions.

Thank you for taking the time to apply for our assistance. We will make every effort to direct you to resources that may be helpful to your household.

Desglose por coalición

Listas de prioridad de entrada coordinadas	Condados dentro de esa área
<input type="checkbox"/> Brown	Brown
<input type="checkbox"/> Central Coalition	Adams, Colombia, Dodge, Juneau, & Sauk
<input type="checkbox"/> Coulee	Crawford, LaCrosse, Monroe, & Vernon
<input type="checkbox"/> Dairyland	Buffalo, Eau Claire, Jackson, & Trempealeau
<input type="checkbox"/> East Central	Marquette, Portage, Waupaca & Waushara
<input type="checkbox"/> Fox Cities	Calumet & Outagamie
<input type="checkbox"/> Jefferson	Jefferson
<input type="checkbox"/> Kenosha	Kenosha
<input type="checkbox"/> Lakeshore	Door, Kewaunee, Manitowoc, & Sheboygan
<input type="checkbox"/> North Central	Lincoln, Marathon, & Wood
<input type="checkbox"/> Northeast	Florence, Marinette, Menominee, Oconto, & Shawano
<input type="checkbox"/> Northwest	Ashland, Bayfield, Douglas, Iron, & Price
<input type="checkbox"/> N*WISH	Forest, Langlade, Oneida, & Vilas
<input type="checkbox"/> Ozaukee	Ozaukee
<input type="checkbox"/> Rock Walworth	Rock & Walworth
<input type="checkbox"/> Rural North Coalition	Burnett, Clark, Rusk, Sawyer, Taylor, & Washburn
<input type="checkbox"/> Southwest	Grant, Green, Iowa, Lafayette, & Richland
<input type="checkbox"/> Washington	Washington
<input type="checkbox"/> Waukesha	Waukesha
<input type="checkbox"/> West Central	Barron, Chippewa, Dunn, Pepin, Pierce, Polk, & St. Croix
<input type="checkbox"/> WinnebagoLand	Fond du Lac, Green Lake, & Winnebago
<p>➤ Consulte este desglose de la lista de prioridades de los distintos condados al completar la cuarta página de la solicitud de Vivienda de Apoyo de Lakeshore CAP.</p> <p>➤ Marque todas las coaliciones a las que le interesaría que lo remitieran.</p>	

Información de contacto del jefe de familia			
Nombre Prefero		Apellido	
Número de teléfono		Correo electrónico	
Comunicación preferida	<input type="checkbox"/> Llamada telefónica <input type="checkbox"/> Correo electrónico <input type="checkbox"/> Texto		
<p>He proporcionado esta información lo mejor que he podido y entiendo que se me puede pedir que proporcione verificación de la información escrita en esta solicitud.</p> <p>También entiendo que Lakeshore CAP tiene un Procedimiento de Quejas, una Política de No Discriminación y un Proceso de Apelación. Están ubicados en el sitio web de Lakeshore CAP: https://lakeshorecap.org/, se muestran en nuestras oficinas y están disponibles previa solicitud llamando al 920-682-3737. También se ofrecen para su revisión al enviar esta solicitud.</p>			
Firma del Adulto #1		Fecha	
_____		_____	
Firma del Adulto #2		Fecha	
_____		_____	

SALDO DE WI DEL CdC DEL ESTADO

Formulario de preselección

¿Es usted víctima o sobreviviente de violencia doméstica, agresión sexual y/o trata de personas? Sí No

En caso afirmativo, ¿le gustaría que lo remitieran a una agencia local de servicios para víctimas? Sí No

En caso afirmativo, ¿cuándo ocurrió la última experiencia? _____

En caso afirmativo, ¿está actualmente huyendo de una situación de violencia doméstica, agresión sexual y/o trata de personas? Sí No

¿Cuál es la fecha aproximada en que comenzaste a hacer planes para buscar vivienda para salir de tu actual situación de maltrato? _____

¿Cuántas veces ha dejado o ha intentado salir de su situación de abuso? _____

La siguiente pregunta es voluntaria y no afecta su elegibilidad para los servicios. ¿Tiene una discapacidad o necesita adaptaciones razonables para que le brindemos servicios, incluido el llenado de este formulario? Sí No

Enumere las adaptaciones necesarias:

¿Necesita un intérprete? Sí No Idioma: _____

Los miembros del hogar (Enumere a todas las personas que viven en su hogar, parientes y no parientes)

Ser

Apellido	Primer nombre	Medio	Relación con HH	Género	Discapacitado	La raza	Etnicidad	fecha de nacimiento
Dirección actual:								
Calle			Apto. #	Ciudad			Expresar	Código postal

Número de teléfono:

Correo
electrónico:

Situación de vida **en el momento de la evaluación** :

- Refugio de emergencia, incluido hotel o motel pagado con vale de refugio de emergencia
- Lugar no destinado a vivienda, incluido el "sitio de servicio que no es de vivienda (solo programas de extensión)"
- Refugio seguro (este es un tipo específico de vivienda de apoyo ubicada en el condado de Waukesha)

Si se da una de las situaciones anteriores, ¿cuándo comenzó esta experiencia de falta de vivienda (no necesariamente cuando ingresó al refugio)? _____

Situación de vida en el momento de la evaluación (continuación):

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Hotel o motel pagado sin vale de refugio de emergencia | <input type="checkbox"/> Hospital psiquiátrico u otro centro psiquiátrico |
| <input type="checkbox"/> Quedarse o vivir en la habitación, apartamento o casa de un miembro de la familia | <input type="checkbox"/> Centro de tratamiento de abuso de sustancias o centro de desintoxicación |
| <input type="checkbox"/> Quedarse o vivir en la habitación, apartamento o casa de un amigo | <input type="checkbox"/> Proyecto residencial o casa intermedia sin criterio de personas sin hogar |
| <input type="checkbox"/> Alquiler por cliente, sin subsidio de vivienda | <input type="checkbox"/> Centro de atención a largo plazo o hogar de ancianos |
| <input type="checkbox"/> Alquiler por cliente, con subsidio habitacional VASH | <input type="checkbox"/> Alquiler por cliente con subvención GPD o TIP |
| <input type="checkbox"/> Alquiler por cliente, con otro subsidio de vivienda (incluido RRH) | <input type="checkbox"/> Hogar de acogida u hogar de acogida grupal |
| <input type="checkbox"/> Cárcel, prisión o centro de detención juvenil | <input type="checkbox"/> Hospital (no psiquiátrico) |
| <input type="checkbox"/> Vivienda de transición para personas sin hogar (incluidos jóvenes sin hogar) | <input type="checkbox"/> Propiedad del cliente, sin subsidio de vivienda |
| <input type="checkbox"/> Vivienda permanente (que no sea RRH) para personas que antes no tenían hogar | <input type="checkbox"/> Propiedad del cliente, con subsidio de vivienda |
| <input type="checkbox"/> Otro: _____ | |

Duración de la situación de vida en el lugar marcado arriba:

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Una noche o menos | <input type="checkbox"/> Más de tres meses, pero menos de un año |
| <input type="checkbox"/> 2-6 noches | <input type="checkbox"/> Un año o más |
| <input type="checkbox"/> Una semana pero menos de un mes | <input type="checkbox"/> cliente no sabe |
| <input type="checkbox"/> Uno a tres meses | <input type="checkbox"/> Cliente rechazado |

Si se quedó en un lugar que no sea un refugio de emergencia, un lugar que no esté destinado a la habitación humana o un refugio seguro, ¿tendrá que abandonar esta situación de vivienda dentro de los 14 días?

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Sí (responda las siguientes 4 preguntas) | <input type="checkbox"/> El cliente no sabe (responda las siguientes 4 preguntas) |
| <input type="checkbox"/> No (omite las siguientes 4 preguntas) | <input type="checkbox"/> El cliente se negó (responda las siguientes 4 preguntas) |

¿Has encontrado un nuevo lugar para vivir?

- | | |
|-----------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> cliente no sabe |
| <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Cliente rechazado |

¿Cuenta con recursos o redes de apoyo para obtener otra vivienda permanente?

- | | |
|-----------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> cliente no sabe |
| <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Cliente rechazado |

¿Ha tenido un contrato de arrendamiento u otro lugar permanente para vivir en los últimos 60 días?

- | | |
|-----------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> cliente no sabe |
| <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Cliente rechazado |

¿Se ha mudado 2 o más veces en los últimos 60 días?

- | | |
|-----------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> cliente no sabe |
| <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Cliente rechazado |

Número de veces que ha estado en la calle, en un refugio de emergencia, con un vale de motel o en un refugio seguro en los últimos tres años, incluido el día de hoy: _____ veces

Número de meses sin hogar en la calle, en un refugio de emergencia, con un vale de motel o en un refugio seguro en los últimos tres años: _____ (sin exceder los 36 meses)

estatus de veterano Nunca en el Servicio Actualmente en el Servicio Veterano

Estado de beneficios para veteranos

recibiendo actualmente

Recibido en el pasado pero no ahora

Nunca recibido

Causa de la falta de vivienda (marque todo lo que corresponda):

Divorcio/Separación

Violencia doméstica

Desalojo

Expulsado

pérdida de trabajo

De bajos ingresos

Enfermedad mental

Abuso de sustancias

Libertad condicional/encarcelamiento

Huyó

Salir del cuidado de crianza

Aumento del alquiler

Otro

Familia _____

Elegible FUP Joven Elegible FUP _____

**Solo para las agencias públicas de bienestar infantil, la PCWA de su condado debe determinar la elegibilidad de FUP*

¿Da su consentimiento para que esta agencia pueda compartir información con otras agencias, como, entre otros, su situación, datos demográficos del hogar y cualquier pregunta formulada durante esta evaluación **con el fin de proporcionar una remisión a las Listas de Priorización de Entrada Coordinada** ?

Sí No **VERBAL**

¿Da su consentimiento para que esta agencia pueda compartir información con otras agencias, como, entre otros, su situación, datos demográficos del hogar y cualquier pregunta formulada durante esta evaluación **con el fin de encontrar una solución de vivienda permanente para usted o su familia** ?

Sí No **VERBAL**

Los programas de Servicio a las Víctimas también deben seguir las leyes de confidencialidad estatales y federales y asegurar una Divulgación de información y una Exención de no divulgación (para víctimas de abuso doméstico) que cumplan con VAWA para poder compartir información.

Quiero ser referido a las Listas de Prioridad de Entrada Coordinada en las siguientes áreas:

- | | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Marrón | <input type="checkbox"/> Kenosha | <input type="checkbox"/> Rock-Walworth |
| <input type="checkbox"/> Central | <input type="checkbox"/> a orillas del lago | <input type="checkbox"/> norte rural |
| <input type="checkbox"/> Corriente de lava | <input type="checkbox"/> norte central | <input type="checkbox"/> Sur oeste |
| <input type="checkbox"/> Lechería | <input type="checkbox"/> Noreste | <input type="checkbox"/> Washington |
| <input type="checkbox"/> Centro Este | <input type="checkbox"/> Noroeste | <input type="checkbox"/> Waukesha |
| <input type="checkbox"/> Ciudades de zorro | <input type="checkbox"/> NWISH | <input type="checkbox"/> centro oeste |
| <input type="checkbox"/> jefferson | <input type="checkbox"/> Ozaukee | <input type="checkbox"/> winnebagolandia |

Entiendo que soy responsable de mi propio transporte según sea necesario si me ofrecen servicios de vivienda en otra área.

Sí No **VERBAL**

Entiendo que recibir servicios de vivienda en otra área no garantiza acceso inmediato a vivienda o refugio de emergencia durante la búsqueda de vivienda.

Sí No **VERBAL**

Entiendo que la información contenida en este formulario es proporcionada voluntariamente. La información es verdadera y correcta a lo mejor de mi conocimiento. Soy consciente de que proporcionar información falsa o no reportar información pertinente es fraude. Si proporciono información falsa, entiendo que los servicios pueden ser denegados . **Entiendo que completar este formulario no garantiza que recibirá asistencia** .

Sí No **VERBAL**

Firma del solicitante _____ Fecha _____

Firma del representante de la agencia CoC _____ Fecha _____

INFORMACIÓN DE INGRESOS

<input style="width: 40px; height: 20px;" type="checkbox"/>	Certifico que no tengo ingresos familiares actuales
---	--

	<i>MONTO BRUTO MENSUAL</i>	<i>NOMBRE DEL DESTINATARIO(S)</i>
Salarios de empleo	\$ _____	_____
TANF (W2 o W2T)	\$ _____	_____
Manutención de los hijos	\$ _____	_____
SSDI	\$ _____	_____
SSI	\$ _____	_____
Beneficios de desempleado	\$ _____	_____
Pensión / Jubilación	\$ _____	_____
Incapacidad de jubilación	\$ _____	_____
Salarios del trabajo (cuenta propia)	\$ _____	_____
Compensación de trabajadores	\$ _____	_____
Seguridad Social	\$ _____	_____
Pensión alimenticia	\$ _____	_____
Discapacidad de Veterano No-Svc Conn	\$ _____	_____
Servicio veterano Conn Discapacidad	\$ _____	_____
Ingresos en efectivo	\$ _____	_____
Otro	\$ _____	_____
TOTAL DE INGRESOS BRUTOS MENSUALES	\$ _____	
INGRESOS ANUALES	\$ _____	

BENEFICIOS NO EFECTIVOS

	<i>CANTIDAD MENSUAL</i>	<i>NOMBRE DEL(LOS) DESTINATARIO(S)</i>
Foodshare	\$ _____	_____
WIC	\$ _____	_____
Servicios médicos de VA	\$ _____	_____
Medicaid	\$ _____	_____
Medicare	\$ _____	_____
Badger Care (SCHIP)	\$ _____	_____
TANF para cuidado infantil	\$ _____	_____
TANF Transporte	\$ _____	_____
Otros servicios financiados por TANF	\$ _____	_____
	Especifique: _____	
Sección 8/Vivienda pública/Subsidio de alquiler	\$ _____	_____
DVR	\$ _____	_____
Healthy Start	\$ _____	_____
Asistencia de energía (LIHEAP/WHEAP)	\$ _____	_____
WIA – Ley de Inversión en la Fuerza Laboral	\$ _____	_____
HUD-VASH- Veteranos	\$ _____	_____
Otros beneficios o subsidios	\$ _____	_____

Miembros del Hogar: : enumere usted y todos los que viven en su hogar.

Circule "EN LA ESCUELA" (S o N) para todos. Marque "NO TRABAJAR" para cada miembro del hogar al que se aplica, INCLUYENDO los niños.

#1 Usted					¿Estado civil?			
¿En el colegio?	SN	¿La nota más alta?	¿Graduado?	Y N GED	Hombre Mujer Trans	¿Raza?	¿Hispano?	S N
¿Empleado?	<input type="checkbox"/> FT <input type="checkbox"/> PT <input type="checkbox"/>	Migrante/Estacional		¿Desempleados?	<input type="checkbox"/> 6 Meses Más <input type="checkbox"/> 6 meses o menos <input type="checkbox"/> No trabaja <input type="checkbox"/> Jubilado			
¿Seguro médico?	<input type="checkbox"/> Medicare <input type="checkbox"/> Medicaid <input type="checkbox"/> Estado Adulto <input type="checkbox"/> Estado Niños <input type="checkbox"/> Empleador <input type="checkbox"/> VA <input type="checkbox"/> Privado <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Ninguno							
#2 NOMBRE					¿Estado civil?			
¿En el colegio?	SN	¿La nota más alta?	¿Graduado?	Y N GED	Hombre Mujer Trans	¿Raza?	¿Hispano?	S N
¿Empleado?	<input type="checkbox"/> FT <input type="checkbox"/> PT <input type="checkbox"/>	Migrante/Estacional		¿Desempleados?	<input type="checkbox"/> 6 Moor Más <input type="checkbox"/> 6 meses o menos <input type="checkbox"/> No trabaja <input type="checkbox"/> Jubilado			
¿Seguro médico?	<input type="checkbox"/> Medicare <input type="checkbox"/> Medicaid <input type="checkbox"/> Estado Adulto <input type="checkbox"/> Estado Niños <input type="checkbox"/> Empleador <input type="checkbox"/> VA <input type="checkbox"/> Privado <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Ninguno							
#3 NOMBRE					¿Estado civil?			
¿En el colegio?	SN	¿La nota más alta?	¿Graduado?	Y N GED	Hombre Mujer Trans	¿Raza?	¿Hispano?	S N
¿Empleado?	<input type="checkbox"/> FT <input type="checkbox"/> PT <input type="checkbox"/>	Migrante/Estacional		¿Desempleados?	<input type="checkbox"/> 6 Moor Más <input type="checkbox"/> 6 meses o menos <input type="checkbox"/> No trabaja <input type="checkbox"/> Jubilado			
¿Seguro médico?	<input type="checkbox"/> Medicare <input type="checkbox"/> Medicaid <input type="checkbox"/> Estado Adulto <input type="checkbox"/> Estado Niños <input type="checkbox"/> Empleador <input type="checkbox"/> VA <input type="checkbox"/> Privado <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Ninguno							
#4 NOMBRE					¿Estado civil?			
¿En el colegio?	SN	¿La nota más alta?	¿Graduado?	Y N GED	Hombre Mujer Trans	¿Raza?	¿Hispano?	S N
¿Empleado?	<input type="checkbox"/> FT <input type="checkbox"/> PT <input type="checkbox"/>	Migrante/Estacional		¿Desempleados?	<input type="checkbox"/> 6 Moor Más <input type="checkbox"/> 6 meses o menos <input type="checkbox"/> No trabaja <input type="checkbox"/> Jubilado			
¿Seguro médico?	<input type="checkbox"/> Medicare <input type="checkbox"/> Medicaid <input type="checkbox"/> Estado Adulto <input type="checkbox"/> Estado Niños <input type="checkbox"/> Empleador <input type="checkbox"/> VA <input type="checkbox"/> Privado <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Ninguno							
#5 Nombre					¿Estado civil?			
¿En el colegio?	SN	¿La nota más alta?	¿Graduado?	Y N GED	Hombre Mujer Trans	¿Raza?	¿Hispano?	S N
¿Empleado?	<input type="checkbox"/> FT <input type="checkbox"/> PT <input type="checkbox"/>	Migrante/Estacional		¿Desempleados?	<input type="checkbox"/> 6 Moor Más <input type="checkbox"/> 6 meses o menos <input type="checkbox"/> No trabaja <input type="checkbox"/> Jubilado			
¿Seguro médico?	<input type="checkbox"/> Medicare <input type="checkbox"/> Medicaid <input type="checkbox"/> Estado Adulto <input type="checkbox"/> Estado Niños <input type="checkbox"/> Empleador <input type="checkbox"/> VA <input type="checkbox"/> Privado <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Ninguno							

Información requerid: Historial de alquiler actual o futuro:

1. ¿Qué tipo de ayuda estás solicitando?			
2. ¿Cuánto estás atrasado en el alquiler?	\$	¿Planea:	<input type="checkbox"/> Permanecer <input type="checkbox"/> Mover
3. ¿Tiene un AVISO DE DESALOJO por escrito?	SÍ NO	Tipo de círculo:	5 días 14 días 28 día Citación judicial
4. Explique por qué no pudo o no pudo pagar su alquiler:			
5. ¿Cómo pagará el alquiler futuro?			
6. ¿Con qué otras agencias se han comunicado para pedir ayuda?			
7. ¿Cuál fue el resultado?			

Una agencia de acción comunitaria que presta servicios en los condados de Door, Kewaunee, Manitowoc y Sheboygan

Detalles de la Unidad

Nombre del propietario		# de teléfono del propietario	
¿Está relacionado con su propietario?	SÍ NO	En caso afirmativo, ¿cómo?	
Tipo de Unidad:	<input type="checkbox"/> Edificio de apartamentos	<input type="checkbox"/> Casa móvil	<input type="checkbox"/> dúplex o casas en hileras <input type="checkbox"/> unifamiliar
¿Cuántas personas en el hogar?		# de dormitorios?	¿Renta mensual? \$

Información Adicional:

Información sobre discapacidad	
Si un miembro de su hogar está discapacitado, ¿la discapacidad es de LARGO PLAZO o DE CORTO PLAZO ? <i>Por favor marque</i>	
¿La discapacidad es : <input type="checkbox"/> Física <input type="checkbox"/> De desarrollo <input type="checkbox"/> Salud mental <input type="checkbox"/> VIH/SIDA <input type="checkbox"/> Condición de salud crónica <input type="checkbox"/> Consumo de drogas <input type="checkbox"/> Consumo de alcohol <input type="checkbox"/> Consumo de drogas y alcohol <input type="checkbox"/> Otros	
¿Año aproximado en que empezó?	¿Reciben actualmente SSI/SSDI? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
¿Están recibiendo actualmente servicios médicos? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	

Bienestar infantil/cuidado de crianza

➤ ¿Usted o alguien en su hogar estuvo anteriormente bajo la tutela de bienestar infantil o una agencia de cuidado de crianza?

En caso afirmativo	Nombre(s):
	Edad(es) del niño(s) cuando dejaron el sistema de cuidado de crianza:

Diagnóstico del consumo de opioides

➤ ¿Tiene un diagnóstico documentado de uso de opioides?

En caso afirmativo	Nombre:
---------------------------	---------


➤ ¿Ha recibido tratamiento por un trastorno por consumo de opioides en los últimos 12 meses?

En caso afirmativo	Nombre:
---------------------------	---------

➤ ¿Estás interesado en residir en una Residencia de Recuperación? **SÍ** **NO**

Programa de acción comunitaria de Lakeshore, Inc.
AUTORIZACIÓN PARA DIVULGACIÓN E INTERCAMBIO DE INFORMACIÓN CONFIDENCIAL

Yo/damos permiso a Lakeshore CAP, Inc. para contactar a los propietarios, agencias de servicios sociales y otras fuentes para obtener la información necesaria sobre la situación de vivienda de mi hogar, ingresos/presupuesto, elegibilidad para el programa y el estado de mi caso. Yo/nosotros autorizamos el intercambio de información entre agencias para determinar la elegibilidad y/o la gestión continua de casos para determinar la asistencia del programa.

<p>Entidad autorizada para utilizar, divulgar o recibir información:</p> <p>CAP a orillas del lago</p> <p>702 State Street, apartado postal 2315</p> <p>Manitowoc, Wisconsin 54221-2315</p> <p>Teléfono: 920-682-3737</p> <p>Fax: 920-686-8700</p>	 <p>LAKESHORE CAP, INC.</p>
<p>Esta autorización permite el uso o divulgación de información:</p> <p>A Por la duración de los servicios con Lakeshore CAP, o 12 meses a partir de la fecha firmada a continuación, lo que ocurra primero.</p>	

AVISO DE DERECHOS CON RESPECTO A LA AUTORIZACIÓN DE DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN

- Derecho a negarse a firmar esta autorización: No está obligado a firmar una divulgación de información y puede negarse a hacerlo. Firmar este formulario no es una condición para participar en el programa de vivienda de apoyo de Lakeshore CAP.
- Derecho a recibir una copia de esta autorización: Tiene derecho a recibir una copia de su divulgación de información si decide firmarla y solicitar una copia verbalmente.
- Derecho a revocar esta autorización: Usted tiene derecho a revocar la divulgación de información en cualquier momento. Revocación de este La divulgación de información debe hacerse por escrito a Lakeshore CAP. La revocación por escrito será efectiva al recibirse excepto por cualquier uso o divulgación de información que haya tenido lugar antes de su recepción.

<p>Entiendo el contenido de este formulario. Acepto que una fotocopia o copia facsímil de esta autorización es tan válida como el original.</p> <p>Entiendo que puedo solicitar una copia de este formulario.</p>	
<p>Soy la persona/hogar cuya información está autorizada para ser utilizada o divulgada. Este formulario refleja con precisión mis deseos y autorizo el uso o divulgación de información como se describe en este formulario.</p>	
<p>A Para ser firmado por todos los miembros de su hogar mayores de 18 años. (Use el reverso si es necesario).</p>	
Imprimir nombre _____	Fecha de nacimiento _____
Firma _____	Fecha _____
Imprimir nombre _____	Fecha de nacimiento _____
Firma _____	Fecha _____
Firma del personal del LCAP _____	Fecha _____

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.

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

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: _____