

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:

- | | | | | |
|---|---|---|---|---|
| ☐ Tarifas de solicitud de alquiler | ☐ Asistencia para alquileres a corto plazo | ☐ Asistencia para servicios públicos (atrasos, depósitos, pagos) | ☐ Costos de almacenamiento | ☐ Legal (véase Acciones Legales) |
| ☐ Depósito de seguridad | ☐ Asistencia para el alquiler a largo plazo (TBRA) | ☐ Costos de mudanza | ☐ 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: _____

Miembros del Hogar: Indíquese usted y a todas las personas que viven en su hogar.

Marque con un círculo “EN LA ESCUELA” (S o N) para todos. Marque “NO TRABAJA” para cada miembro del hogar al que corresponda, incluidos los niños.

#1 Usted					¿Estado civil?			
¿En la escuela?	S N	¿Grado completado?		¿Graduado?	S N GED	Hombre Mujer Trans	¿Raza?	¿Hispano? S N
¿Empleado?	☐ Tiempo completo ☐ tiempo parcial ☐ migrante/temporal		¿Desempleados?	☐ 6 meses o más ☐ 6 meses o menos ☐ No trabajar ☐ Jubilado				
¿Seguro médico?	☐ Medicare ☐ Medicaid ☐ Del Estado (Adulto) ☐ Del Estado (Niños) ☐ Empleador ☐ VA ☐ Privado ☐ Otro ☐ Ninguno							
#2 NOMBRE					¿Estado civil?			
¿En la escuela?	S N	¿Grado completado?		¿Graduado?	S N GED	Hombre Mujer Trans	¿Raza?	¿Hispano? S N
¿Empleado?	☐ Tiempo completo ☐ tiempo parcial ☐ migrante/temporal		¿Desempleados?	☐ 6 meses o más ☐ 6 meses o menos ☐ No trabajar ☐ Jubilado				
¿Seguro médico?	☐ Medicare ☐ Medicaid ☐ Del Estado (Adulto) ☐ Del Estado (Niños) ☐ Empleador ☐ VA ☐ Privado ☐ Otro ☐ Ninguno							
#3 NOMBRE					¿Estado civil?			
¿En la escuela?	S N	¿Grado completado?		¿Graduado?	S N GED	Hombre Mujer Trans	¿Raza?	¿Hispano? S N
¿Empleado?	☐ Tiempo completo ☐ tiempo parcial ☐ migrante/temporal		¿Desempleados?	☐ 6 meses o más ☐ 6 meses o menos ☐ No trabajar ☐ Jubilado				
¿Seguro médico?	☐ Medicare ☐ Medicaid ☐ Del Estado (Adulto) ☐ Del Estado (Niños) ☐ Empleador ☐ VA ☐ Privado ☐ Otro ☐ Ninguno							
#4 NOMBRE					¿Estado civil?			
¿En la escuela?	S N	¿Grado completado?		¿Graduado?	YN GED	Hombre Mujer Trans	¿Carrera?	¿Hispano? YN
¿Empleado?	☐ Tiempo completo ☐ tiempo parcial ☐ migrante/temporal		¿Desempleados?	☐ 6 meses o más ☐ 6 meses o menos ☐ No trabajar ☐ Jubilado				
¿Seguro médico?	☐ Medicare ☐ Medicaid ☐ Del Estado (Adulto) ☐ Del Estado (Niños) ☐ Empleador ☐ VA ☐ Privado ☐ Otro ☐ Ninguno							
#5 Nombre					¿Estado civil?			
¿En la escuela?	S N	¿Grado completado?		¿Graduado?	S N GED	Hombre Mujer Trans	¿Raza?	¿Hispano? S N
¿Empleado?	☐ Tiempo completo ☐ tiempo parcial ☐ migrante/temporal		¿Desempleados?	☐ 6 meses o más ☐ 6 meses o menos ☐ No trabajar ☐ Jubilado				
¿Seguro médico?	☐ Medicare ☐ Medicaid ☐ Del Estado (Adulto) ☐ Del Estado (Niños) ☐ Empleador ☐ VA ☐ Privado ☐ Otro ☐ Ninguno							

Información Requerida

Historial de alquiler actual o futuro:

1. ¿Qué tipo de ayuda solicita?			
2. ¿Cuánto debe de alquiler?	\$	¿Planeas:	☐ Permanecer ☐ Mudarse
3. ¿Tiene usted un AVISO DE DESALOJO por escrito?	SÍ / NO	Tipo de círculo:	5 días 14 días 28 días Citación judicial
4. Explique por qué no puede o no pudo pagar su alquiler:			
5. ¿Cómo pagará el alquiler en el futuro?			
6. ¿Con qué otras agencias ha contacto para pedir ayuda?			
7. ¿Cuál fue el resultado?			

Detalles de la unidad:

Nombre del propietario		Número telefónico del propietario	
¿Está relacionado a su propietario?	SÍ / NO	Si la respuesta es SÍ, ¿cómo?	
Tipo de unidad:	☐ Edificio de apartamentos ☐ Dúplex ☐ Vivienda unifamiliar ☐ Casa móvil		
¿Cuántas personas hay en el hogar?		¿Número de dormitorios?	¿Alquiler mensual? \$

Información Adicional:

Queja y apelación	
He proporcionado esta información lo mejor que he podido y entiendo que se me puede solicitar que proporcione verificación de la información descrita en esta solicitud. Entiendo que Lakeshore CAP cuenta con un Procedimiento de Quejas, una Política de No Discriminación y un Proceso de Apelación. Estos documentos se encuentran disponibles en el sitio web de Lakeshore CAP: https://lakeshorecap.org/, están a la vista en nuestras oficinas y se pueden solicitar llamando al 920-682-3737. También se ofrecen para su consulta al momento de presentar esta solicitud.	
_____ Firma del adulto n.º 1	_____ Fecha
_____ Firma del adulto n.º 2	_____ Fecha

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

Bienestar infantil/Acogimiento familiar

➤ ¿Usted o algún miembro de su hogar estuvo anteriormente bajo la tutela de los servicios de bienestar infantil o de una agencia de acogimiento familiar?

**En caso
afirmativo**

Nombre(s):

Edad(es) del/de los niño(s) cuando abandonaron el sistema de acogimiento familiar:

Diagnóstico del consumo de opioides

➤ ¿Tiene usted un diagnóstico documentado de consumo 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:

➤ ¿Le interesa residir en un centro de recuperación? ☐ SÍ ☐ NO

Lakeshore CAP Inc. de Wisconsin – Programas de Vivienda

Autorización para la divulgación e intercambio de información confidencial

Yo, _____ Doy mi consentimiento para que las siguientes entidades divulguen y discutan entre sí información pertinente sobre mi hogar en materia económica, de vivienda, de salud, social o de otro tipo, en lo que respecta a mi participación en los Programas de Vivienda de Lakeshore CAP. **Esta autorización permite el uso o la divulgación de información durante un año a partir de la fecha de la firma autorizada.** Este consentimiento podrá ser revocado a mi solicitud, una vez recibido por Lakeshore CAP Inc. y el Programa de Vivienda.

Entidad autorizada para usar, divulgar o recibir información económica, de vivienda, de salud, social o de otra índole pertinente:

Supportive Housing Related Programs
Lakeshore CAP, Inc.
702 State St., P.O. Box 2315
Manitowoc, WI 53221-2315
920-682-3737

Entidad que recibe/comparte información:

Nombre de Agencia: _____

Persona de contacto: _____

Dirección: _____

Ciudad, Estado, _____

Código postal: _____

*Persona cuya **información** está autorizada a ser utilizada o divulgada:*

Nombre: _____

Dirección: _____

Ciudad, Estado, _____

Código postal: _____

Numero Telefónico: _____

Fecha de Nacimiento: _____

*Persona adicional cuya **información** está autorizada a ser utilizada o divulgada:*

Nombre: _____

Dirección: _____

Ciudad, Estado, _____

Código postal: _____

Numero Telefónico: _____

Fecha de Nacimiento: _____

Información que quiero compartir:

☐ Relacionado con la obtención o el mantenimiento de una vivienda

☐ Relacionado con el acceso o el mantenimiento de las prestaciones

☐ Información de salud para determinar la elegibilidad para el programa, obtener o acceder a los servicios

☐ Otro: _____

La información de mi hogar puede compartirse mediante:

☐ Conversación telefónica ☐ Correo postal

☐ Mensaje de texto ☐ Correo electrónico

☐ Fax ☐ En persona

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

He leído este formulario. He recibido una copia de este formulario. Comprendo el contenido de este formulario. Acepto que una fotocopia o fax de la autorización tiene la misma validez que el original.

Soy el representante autorizado de la persona cuya información se autoriza usar o divulgar. Este formulario refleja fielmente mis deseos y autorizo el uso o la divulgación de la información autorizada según se describe en este formulario.

Información del Representante Autorizado:

Nombre (en letra de imprenta): _____ Fecha: _____

Firma: _____ Fecha de nacimiento: _____

☐ Consentimiento verbal

Información del Miembro Adicional del Hogar:

Nombre (en letra de imprenta): _____ Fecha: _____

Firma: _____ Fecha de nacimiento: _____

☐ Consentimiento verbal

AVISO DE DERECHOS CON RESPECTO A ESTA AUTORIZACIÓN

Derecho a negarse a firmar esta autorización: No está obligado a firmar esta autorización y puede negarse a hacerlo.

Derecho a recibir una copia de esta autorización: Tiene derecho a recibir una copia de esta autorización si decide firmarla.

Derecho a revocar esta autorización: Tiene derecho a revocar esta autorización en cualquier momento. La revocación de esta autorización debe realizarse por escrito a Lakeshore CAP. La revocación por escrito entrará en vigor al recibirse, excepto en lo que respecta a cualquier uso o divulgación de información que haya tenido lugar antes de la recepción.

Derecho a ser notificado sobre la divulgación: La información de salud utilizada o divulgada de conformidad con esta autorización puede ser divulgada por el destinatario, y la información divulgada podría dejar de estar protegida por los términos de esta autorización.

Derecho a ser notificado sobre actividades de marketing: Nuestra política es no utilizar información personal para comercializar productos a nuestros clientes.