



LAKE SHORE CAP, INC.

Supportive Housing Program Application

Condado de Manitowoc	Condado de Sheboygan	Condado de Door/Kewaunee
Entregue su solicitud a nuestra oficina en: 702 State Street, 2.º piso (esquina de las calles State y 7) Envíe por correo a el apartado de correos a PO Box 2315, Manitowoc, WI 54221-2315 Envíe un fax al 920.686.8700 Envíe un correo electrónico a info@lakeshorecap.org Llame al 920.682.3737	Entregue su solicitud a nuestra oficina dentro del <u>Sheboygan County Job Center</u> ubicado en 3620 Wilgus Avenue, Envíe por correo a el apartado de correos a PO Box 896, Sheboygan, WI 53082-0896 Envíe un fax al 920.694.0291 Envíe un correo electrónico a info@lakeshorecap.org Llame al 920.803.6991	Entregue su solicitud a la oficina 131 S. 3rd Ave., Sturgeon Bay, WI 54235 (<i>horario de oficina limitado</i>) Envíe por correo a el apartado de correos a PO Box 896, Sheboygan, WI 53082-0896 Envíe un fax al 920.694.0291 Envíe un correo electrónico a info@lakeshorecap.org Llame al 920.803.6991

- Su solicitud será revisada por un gestor de casos en el orden en que se reciba. Debido al gran volumen de solicitudes que recibimos, es posible que transcurran una o dos semanas antes de que se le notifique su elegibilidad.
- Se le notificará POR ESCRITO (por correo postal, si es posible) el resultado de su decisión en un plazo de 14 días.
- Asegúrese de completar **TODAS** las respuestas en el formulario de solicitud. De lo contrario, se retrasará la decisión.
- Una vez revisada su solicitud, quedará pendiente o no será elegible.
 - Si **no es elegible**, su caso se cerrará y tendrá que presentar una solicitud de nuevo. Las reglas del programa para hogares solicitantes incluyen, entre otras:
 - Las fuentes de financiación no nos permiten ayudar con el pago del alquiler de las viviendas consideradas subvencionadas.
 - Las fuentes de financiación exigen que, para recibir ayuda para el alquiler y evitar que pierda su vivienda, tenga ingresos suficientes para pagar el alquiler en adelante.
 - Las fuentes de financiación exigen que todos los programas tengan umbrales de ingresos.
 - Las fuentes consultadas exigen que todas las unidades cumplan con el estándar federal de Fair Market Rent (Alquiler Justo de Mercado).
 - Si su solicitud está **pendiente**, recibirá una solicitud para completar una evaluación y será remitido al programa de Coordinated Entry (Entrada Coordinada).

1. Nuestra solicitud es extensa y requiere mucha información por adelantado. Esto se debe a los fondos que recibimos. Cada pregunta es importante y nos ayuda a determinar si usted cumple con los requisitos. También necesitamos la información para informar a nuestros financiadores sobre los datos demográficos de quienes solicitan asistencia.

2. Si usted cumple con los requisitos, el proceso completo tardará varias semanas.

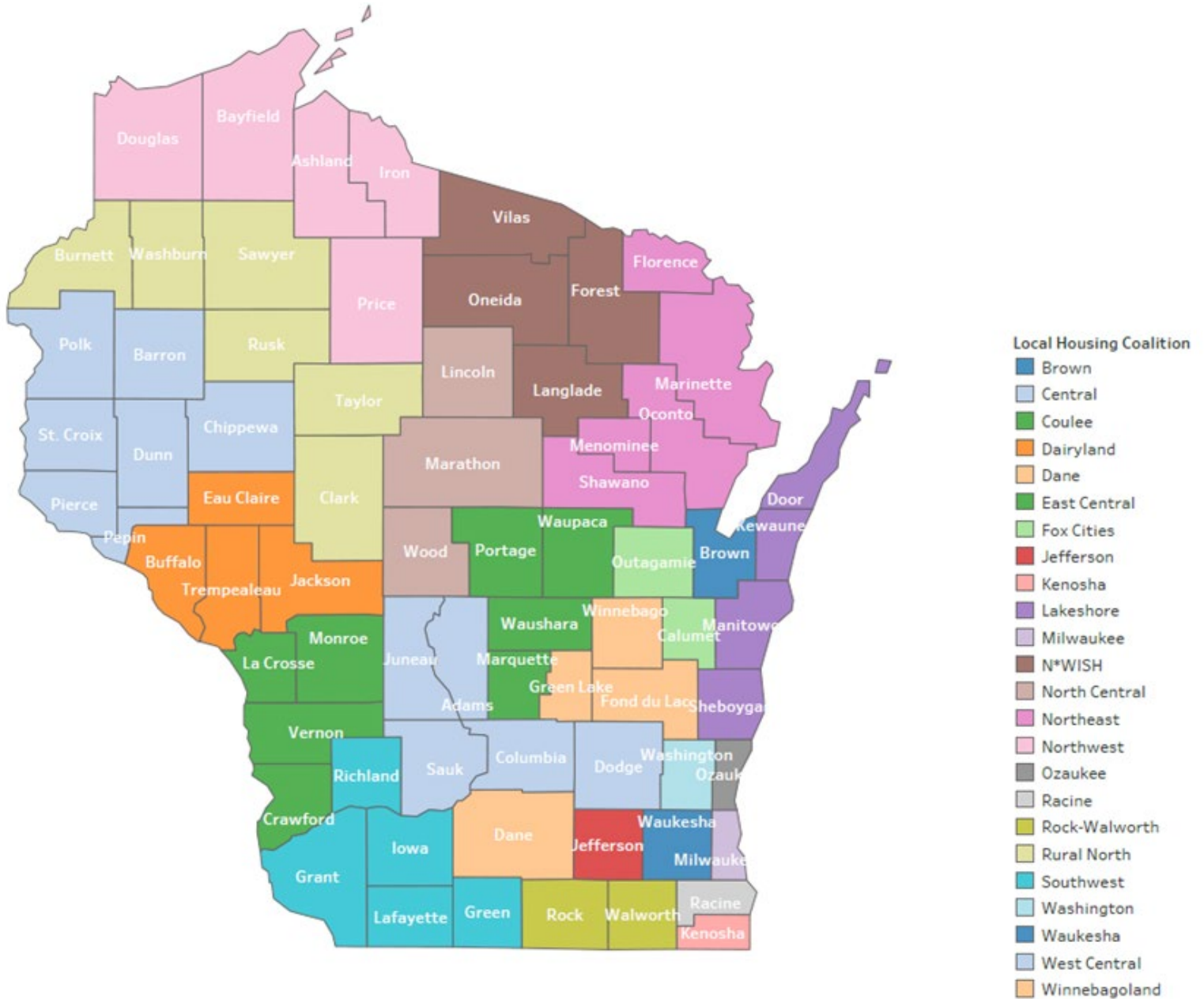
3. También puede apelar la decisión o presentar una queja si considera que fue tratado injustamente. Encontrará la información para hacerlo en la página principal del sitio web de LakeshoreCAP.

4. No dude en llamar a nuestra oficina si tiene alguna pregunta.

Gracias por tomarse el tiempo para solicitar nuestra ayuda. Haremos todo lo posible por orientarlo hacia los recursos que puedan ser útiles para su hogar.

Wisconsin Balance of State Continuum of Care (WIBOSCO) Map

The WIBOS serves 69 counties in WI, all except Dane, Milwaukee, and Racine





WI BALANCE DEL ESTADO CoC

Formulario de preselección

Las siguientes preguntas son voluntarias. Sin embargo, las preguntas sin responder o que falten pueden afectar su elegibilidad o prioridad para los programas de vivienda.

Información de contacto del jefe de familia

Ser

Apellido	Nombre	Jefe de familia de nivel medio	Sexo-M/F	Discapacitado-S/N	Raza/etnia	Fecha de nacimiento	Edad
Apellido	Nombre de pila	Parentesco medio con HoH	Sexo-M/F	Discapacitado-S/N	Raza/Etnia	Fecha de nacimiento	Edad
Apellido	Nombre de pila	Parentesco medio con HoH	Sexo-M/F	Discapacitado-S/N	Raza/Etnia	Fecha de nacimiento	Edad
Apellido	Nombre de pila	Parentesco medio con HoH	Sexo-M/F	Discapacitado-S/N	Raza/Etnia	Fecha de nacimiento	Edad
Apellido	Nombre de pila	Parentesco medio con HoH	Sexo-M/F	Discapacitado-S/N	Raza/Etnia	Fecha de nacimiento	Edad
Apellido	Nombre de pila	Parentesco medio con HoH	Sexo-M/F	Discapacitado-S/N	Raza/Etnia	Fecha de nacimiento	Edad

Por favor, compruebe cuáles son seguros para contactar:

☐ Número de ☐ Llamar ☐ Texto ☐ Buzón de voz
☐ Teléfono: _____
☐ Dirección actual: _____

¿Padece usted alguna enfermedad crónica incapacitante? ☐ Sí ☐ No

En caso afirmativo, ¿cuántas de las siguientes afirmaciones se aplican? (0-6) _____

*Nota: no identifique ni rodee con un círculo ninguna condición incapacitante que se enumere a continuación.

Trastorno de salud mental
Discapacidad física

Discapacidad del desarrollo
Afección crónica de salud

Trastorno por consumo de sustancias
VIH/SIDA

¿Tiene usted necesidades médicas no crónicas? ☐ Sí ☐ No

¿Necesita adaptaciones razonables para que podamos brindarle nuestros servicios, incluyendo completar este formulario? Sí No ☐ Enumere las adaptaciones necesarias: _____

Se necesita ayuda con la traducción: ☐ Sin idioma preferido: Sí _____

Condición de veterano: ¿Ha prestado servicio militar en alguna función? ☐ Sí ☐ No

Si hubiera servicios de vivienda disponibles para las personas que viven con

¿Te interesaría el VIH/SIDA?

Sí

No

Si existieran servicios de vivienda disponibles para personas en recuperación de

trastornos por consumo de sustancias, ¿le interesaría?

Sí

No

Situación de vivienda en el momento de la evaluación: (Categoría 1)

- ☐ Refugio de emergencia, incluyendo hotel o motel pagado con un vale de refugio de emergencia.
- ☐ Lugar no destinado a la habitación humana, incluyendo "lugares de servicios no relacionados con la vivienda (solo para programas de asistencia)".

Si la respuesta es sí a alguna de las situaciones anteriores, ¿cuál es la fecha aproximada de este episodio?

¿Comenzó la falta de vivienda? _____

Situación de vivienda en el momento de la evaluación: (Categoría 2)

- | | |
|--|---|
| ☐ Hotel o motel pagado sin vale de refugio de emergencia | ☐ Propiedad del cliente, sin subsidio de vivienda. |
| ☐ hogar de acogida o hogar grupal de acogida | ☐ Propiedad del cliente, con subsidio de vivienda. |
| ☐ Alojarse o vivir en la habitación, apartamento o casa de un familiar. | ☐ Proyecto residencial o centro de reinserción social sin criterios para personas sin hogar. |
| ☐ Alojarse o vivir en la habitación, apartamento o casa de un amigo. | ☐ Viviendas de transición para personas sin hogar (incluidos jóvenes sin hogar) |
| ☐ Alquiler por parte del cliente, sin subsidio de vivienda continuo. | |
| ☐ Alquiler por parte del cliente, con subsidio de vivienda continuo. | |

Tipo de subsidio de alquiler:

Entorno institucional:

- | | |
|---|--|
| ☐ Subvención para vivienda GPD | ☐ Hospital psiquiátrico u otro centro psiquiátrico |
| ☐ Subsidio de vivienda | ☐ Hospital (no psiquiátrico) |
| ☐ Subsidio equivalente a RRH | ☐ Cárcel, prisión o centro de menores |
| ☐ Vale de HCV (basado en inquilino o proyecto) | ☐ Centro de tratamiento de adicciones o centro de desintoxicación |
| ☐ detención (no dedicada) | ☐ Centro de cuidados a largo plazo o residencia de ancianos |
| ☐ Unidad de Vivienda Pública | |
| ☐ Alquiler por parte del cliente, con otras viviendas en curso. | |
| ☐ Subvención | |
| ☐ Vale del Programa de Reunificación Familiar (FUP) | |
| ☐ Iniciativa para la Independencia de los Jóvenes en Acogimiento Familiar | |
| ☐ Vivienda de apoyo permanente | |
| ☐ Otras viviendas permanentes destinadas a personas que anteriormente no tenían hogar. | |

☐ Otro: _____

Duración de la estancia en el lugar indicado anteriormente:

- | | |
|--|---|
| ☐ Una noche o menos | ☐ Más de tres meses, pero menos de un año. |
| ☐ 2-6 noches | ☐ Un año o más |
| ☐ Una semana pero menos de un mes | ☐ El cliente no lo sabe |
| ☐ De uno a tres meses | ☐ El cliente se negó |



Si te alojas en un lugar distinto a un refugio de emergencia, un lugar no destinado a la habitación humana o un refugio seguro, ¿tendrás que abandonar esta situación de vivienda en un plazo de 14 días? _____

☐ Sí (responda las siguientes 4 preguntas)

☐ El cliente no lo sabe (responda las siguientes 4 preguntas)

☐ No (salte las siguientes 4 preguntas)

☐ El cliente prefiere no responder (responda las siguientes 4 preguntas).

¿Has encontrado un nuevo lugar para vivir?

☐ Sí,

☐ El cliente no lo sabe

☐ No el cliente prefiere no responder.

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

☐ Sí

☐ El cliente no lo sabe

☐ No

☐ El cliente prefiere no responder.

¿Ha tenido un contrato de alquiler u otro lugar de residencia permanente en los últimos 60 días?

☐ Sí

☐ El cliente no lo sabe

☐ No

☐ El cliente prefiere no responder.

¿Te has mudado dos o más veces en los últimos 60 días?

☐ Sí

☐ El cliente no lo sabe

☐ No

☐ El cliente prefiere no responder.

Número de veces/episodios en los que ha estado en la calle, en un lugar no destinado a la habitación humana, en un refugio de emergencia, con un vale para un 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 lugar no destinado a la habitación humana, en un refugio de emergencia, con un vale de motel o en un Safe Haven en los últimos tres años: (no más de 36 meses)

Causa(s) de la falta de vivienda o inestabilidad habitacional (en situación de riesgo):

Divorcio/separación

Violencia doméstica, sexual
agresión y/o humana
tráfico

Desalojo

Se le pidió o se le obligó a marcharse
residencia

Pérdida del

Bajos ingresos

Aumento del alquiler

Libertad condicional/encarcelamiento

empleo Enfermedad mental

Trastorno por consumo de sustancias

Se escapó de casa

Salió del sistema de acogida

Otros: _____

El cliente no lo sabe

El cliente prefiere no responder

Violencia doméstica, agresión sexual y/o trata de personas

¿Es usted sobreviviente de violencia doméstica, agresión sexual y/o trata de personas?

☐ Sí ☐ No

En caso afirmativo, ¿cuándo tuvo lugar la última experiencia? _____

¿Le gustaría que le pusiéramos en contacto con una agencia local de servicios para víctimas?

☐ Sí ☐ No

¿Actualmente estás huyendo de la violencia doméstica, la agresión sexual o la trata de personas?

☐ Sí ☐ No

Si la respuesta a la pregunta anterior es afirmativa, responda a las siguientes preguntas adicionales:

• ¿Cuántas veces has abandonado o intentado abandonar tu situación de abuso en los últimos 3 años? _____

• ¿Cuál es la fecha aproximada en la que comenzó a hacer planes para buscar vivienda para dejar su vivienda actual?

¿Situación de abuso? _____



Familia elegible para ☐ Sí No ☒ No Jovenes elegibles para FUP ☐ Sí ☐ No

FUP *Solo para agencias públicas de bienestar infantil, la elegibilidad para FUP debe ser determinada por la PCWA en su condado.

¿Autoriza usted a que esta agencia comparta información con otras agencias, como por ejemplo, su situación, datos demográficos de su hogar y cualquier pregunta formulada durante esta evaluación, con el fin de proporcionarle una referencia a las Listas de Priorización de Entrada Coordinada? ☐ Sí ☐ No ☐ Verbal

¿Autoriza a esta agencia a compartir información con otras agencias, incluyendo, entre otros, su situación, datos demográficos de su hogar y cualquier pregunta formulada durante esta evaluación, con el fin de encontrar una solución de vivienda permanente para usted/su familia? No ☐ Sí ☐ Verbal

Los programas de servicios a las víctimas también deben cumplir con las leyes de confidencialidad estatales y federales y obtener una autorización de divulgación de información y una exención de no divulgación que cumplan con la Ley de Violencia contra las Mujeres (VAWA, por sus siglas en inglés) para poder compartir información.

Quiero ser remitido a las Listas de Prioridad de Entrada Coordinada en la(s) siguiente(s) área(s):

- | | | |
|--|---|--|
| ☐ Marrón Brown | ☐ kenosha | ☐ Roca Walworth Rock-Walworth |
| ☐ Central | ☐ Orilla del lago Lakeshore | ☐ Norte rural Rural North |
| ☐ Corriente de lava Coulee | ☐ Centro Norte North Central | ☐ Suroeste Southwest |
| ☐ Tierra de los lácteos Dairyland | ☐ Nordeste Northeast | ☐ Washington |
| ☐ Centro-este East Central | ☐ Noroeste Northwest | ☐ Waukesha |
| ☐ Ciudades del Zorro Fox Cities | ☐ NWISH | ☐ Centro-oeste West Central |
| ☐ Jefferson | ☐ Ozaukee | ☐ Winnebago land |

Entiendo que soy responsable de mi propio transporte según sea necesario si se me ofrecen servicios de vivienda en otro lugar. área. ☐ Sí ☐ No ☐ Verbal

Entiendo que el hecho de que se ofrezcan servicios de vivienda en otra zona no garantiza el acceso inmediato a una vivienda o a un refugio de emergencia durante la búsqueda de vivienda. ☐ Sí ☐ No ☐ Verbal

Entiendo que la información contenida en este formulario se proporciona voluntariamente. La información es veraz y correcta según mi leal saber y entender. Soy consciente de que proporcionar información falsa u omitir información pertinente constituye fraude. Entiendo que, si proporciono información falsa, se me podría negar el servicio. Entiendo que completar este formulario no garantiza que recibiré asistencia. ☐ Sí ☐ No ☐ Verbal

Firma del solicitante _____ Fecha _____ ☐ Verbal

Firma del miembro del personal de la agencia _____ Fecha _____
(firma o nombre escrito del miembro del personal que completa el formulario)

Nombre de la agencia _____

INFORMACIÓN SOBRE INGRESOS



Certifico que actualmente no tengo ningún ingreso en el hogar.

	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 por TANF	☐ Sí ☐ No	_____
<i>Por favor, especifique:</i> _____		
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	_____

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

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.

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: _____