

APLICACIÓN

Partners In Housing
455 Gold Pass Heights
Colorado Springs, CO 80906
719.473.8890

(Por favor llene la aplicación con pluma negra o azul)

Cada adulto necesita llenar una aplicación, igual si solicitan como pareja. Si la aplicación esta incompleta o ilegible puede tardar el proceso de solicitud.

Fecha: _____

¿En el pasado ha aplicado a PIH? Sí No

Fecha de última aplicación: _____

¿Fue aceptado? _____

Si no fue aceptado por favor explique el porque:

Información Demográfica

Nombre: _____
Apellido Nombre Segundo Nombre

Por favor diganos cómo conoció o quién lo refirió a Partners in Housing, Inc.:

Cabeza de la Familia: Sí No

Si no, Nombre de la Cabeza de la Familia: _____ Relación: _____

¿Ha recibido servicios dentro de otro nombre? Sí No

Si sí, escriba: _____
Apellido Nombre Segundo Nombre

Situación Matrimonial:

Nunca Casado Casado Divorciado Viviendo Juntos Separado Viduo Desconocido Union librel/Companero Sentimental

Nombre de esposo/a o ex- Esposo/a _____

¿Está aplicando con un esposo/a o compañero/a? Sí No

Si sí, nombre y apellido de Esposo/a o Compañero/a: _____

Fecha de Nacimiento: ____/____/____ Número de Seguro Social ____ - ____ - ____

Sexo: Masculino Femenino Prefiero Autodescribirme _____

Licencia de Manejar/Identificación del Estado: _____ Ciudadano de los EU Sí No

Estado Extranjero: _____

(Tiene que tener o una licencia de manejar o un identificación del estado para ser considerado para el programa de PIH.)

Dirección de correo electronico: _____

Dirección Postal corriente: _____
Calle Ciudad Estado Código Postal

Metodo de contacto preferido- marque todos los que correspondan: Correo electrónico Telefono

Teléfono corriente: _____ Celular: _____ Otro: _____

Hispano/Latino: Sí ____ No ____

Raza (por favor elija por lo menos una racial designación, elija todo que sea pertinente):

- Persona indígena de EEUU (incluyendo Alaska) Africano-Americano Caucásico Asiático
 Persona indígena de Hawai u otros habitantes de las islas del Pacífico

Estado Militar: Sirvió/Sirviendo en el ejército de EU (*excombatiente*): Sí No

Estado Militar: ¿Es usted un cónyuge o dependiente militar? Sí No

Minusválido: ¿Tiene Ud. una condición de invalidez? Sí No

¿Tiene Ud. un animal viviendo en el hogar? Sí No

Abuso Doméstico: ¿Alguna vez ha experimentado una relación abusiva o agresiva, ya sea emocional, física o verbalmente con alguien? Incluyendo familiares, amigos o una pareja íntima: Sí No

Dónde quedó anoche (elija una):

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Apartamento o casa que compró | <input type="checkbox"/> Hogar permanente para los sin techo |
| <input type="checkbox"/> Autobús | <input type="checkbox"/> Prisión |
| <input type="checkbox"/> Camping | <input type="checkbox"/> Hospital psiquiátrico u otra institución psiquiátrica |
| <input type="checkbox"/> Carro o vehículo | <input type="checkbox"/> Cuarto, apartamento o casa que alquila |
| <input type="checkbox"/> Refugio de emergencia | <input type="checkbox"/> Quedar/Vivir en un cuarto, apartamento, o casa de su familia |
| <input type="checkbox"/> Cuidado de crianza temporal | <input type="checkbox"/> Quedar/Vivir en un cuarto, apartamento, o casa de un amigo |
| <input type="checkbox"/> Hospital (no psiquiátrico) | <input type="checkbox"/> Establecimiento de tratamiento para el abuso de drogas/alcohol |
| <input type="checkbox"/> Hotel o motel que pagó con un vale | <input type="checkbox"/> Casamiento de transición para personas sin hogar |
| <input type="checkbox"/> Hotel o motel que no pagó con un vale | <input type="checkbox"/> Sitio de Transportación o Estación |
| <input type="checkbox"/> Cárcel | <input type="checkbox"/> Se movió de lugar a lugar |
| <input type="checkbox"/> Detención juvenil | <input type="checkbox"/> Otro _____ |
| <input type="checkbox"/> Domicilio de trabajadores migratorios | <input type="checkbox"/> No Sabe <input type="checkbox"/> Se niega |
| <input type="checkbox"/> En la calle, debajo de un puente, etc. | |

¿Sí tiene casa, tiene que desalojarla dentro de 7 días? Sí No No necesita desalojarla No sabe/ No esta seguro

Cuanto tiempo vivió allí (elija una):

- | | | | |
|--|--|--|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Menos de una semana | <input type="checkbox"/> 1 a 2 semanas | <input type="checkbox"/> 3 semanas a 1 mes | <input type="checkbox"/> 2 a 3 meses |
| <input type="checkbox"/> 4 a 6 meses | <input type="checkbox"/> 7 meses a 1 año | <input type="checkbox"/> Más de 1 año | |

Dónde se quedó la noche anterior (elija una):

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Apartamento o casa que compró | <input type="checkbox"/> Hogar permanente para los sin techo |
| <input type="checkbox"/> Autobús | <input type="checkbox"/> Prisión |
| <input type="checkbox"/> Camping | <input type="checkbox"/> Hospital psiquiátrico u otro lugar psiquiátrico |
| <input type="checkbox"/> Carro o vehículo | <input type="checkbox"/> Cuarto, apartamento o casa que alquila |
| <input type="checkbox"/> Refugio de emergencia | <input type="checkbox"/> Se esta quedando o viviendo en un cuarto, apartamento, o casa de su familia |
| <input type="checkbox"/> Cuidado de crianza temporal | <input type="checkbox"/> Se esta quedando o viviendo en un cuarto, apartamento, o casa de un amigo |
| <input type="checkbox"/> Hospital (no psiquiátrico) | <input type="checkbox"/> Establecimiento de tratamiento para el abuso de drogas/alcohol |
| <input type="checkbox"/> Hotel o motel que pagó con un vale | <input type="checkbox"/> Vivienda de transición para personas sin hogar |
| <input type="checkbox"/> Hotel o motel que no pagó con un vale | <input type="checkbox"/> Sitio de Transportación o Estación |
| <input type="checkbox"/> Cárcel | <input type="checkbox"/> Se movió de lugar a lugar |
| <input type="checkbox"/> Detención juvenil | <input type="checkbox"/> Otro _____ |
| <input type="checkbox"/> Domicilio de trabajadores migratorios | <input type="checkbox"/> No Sabe <input type="checkbox"/> Se niega <input type="checkbox"/> Otro |
| <input type="checkbox"/> En la calle, debajo de un puente, etc. | |

Numero de veces sin hogar en total (incluyendo este tiempo – elija una):

- 1 2 3 4 5 a 7 8 a 10 11 o más

Numero de veces sin hogar durante los últimos tres años (elija una):

1 2 3 4 5 a 7 8 a 10 11 o más

Cuanto tiempo sin hogar esta vez (elija una):

Menos de 1 mes 1 a 3 meses 4 a 6 meses 7 a 11 meses
 12 meses a 2 años 3 a 5 años 6 a 10 años Más de 10 años

Razones porque Ud. esta sin hogar (puede elegir más de una respuesta):

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Abuso o violencia en la casa | <input type="checkbox"/> Gastos medicos |
| <input type="checkbox"/> Problemas con el abuso de alcohol/drogas | <input type="checkbox"/> Enfermedad mental |
| <input type="checkbox"/> Le pidieron irse del hogar donde esta residiendo en estos momentos | <input type="checkbox"/> Se mudo para buscar trabajo |
| <input type="checkbox"/> Crédito malo | <input type="checkbox"/> Problemas con los beneficios públicos |
| <input type="checkbox"/> No puede pagar las utilidades | <input type="checkbox"/> Problemas con las relaciones o una ruptura en la familia |
| <input type="checkbox"/> Acaba de salir de crianza temporal | <input type="checkbox"/> Razones en relación a orientación sexual |
| <input type="checkbox"/> Acaba de salir de la cárcel | <input type="checkbox"/> No puede pagar la renta/hipoteca |
| <input type="checkbox"/> Acaba de salir de la prisión | <input type="checkbox"/> Otro _____ |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad personal o de un familiar | |
| <input type="checkbox"/> Problemas legales | |
| <input type="checkbox"/> Perdió su trabajo/no se puede obtener trabajo | |

Última dirección permanente (donde vivió 90 días o más):

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____

Código postal: _____ Fechas de residencia _____ a _____

Empleo:

¿Tiene trabajo ahora?: Sí No

¿Cuántas horas trabajaba la última semana?: _____ ¿Dónde?: _____

Tipo de trabajo: Permanente Temporero Temporada por contrato

¿Si no tiene trabajo, esta Ud. buscando trabajo?: Sí No

¿Si no tiene trabajo, indique las fechas de su trabajo previo?: _____ / _____ / _____ a _____ / _____ / _____

Tipo de trabajo: _____

Si no tiene trabajo explique porque: _____

Ingresos por trabajo u otras fuentes:

¿Recibió ingresos de trabajo el mes pasado?: Sí No

Ingresos por trabajo en dólares: \$ _____

Recibid ingresos de otras fuentes: Sí No

- | | | | |
|--|----------|--|----------|
| 1) Por desempleo: | \$ _____ | 9) Beneficios de jubilación: | \$ _____ |
| 2) Ingreso Suplementario de el Seguro Social (SSI): | \$ _____ | 10) Pensión de veterano: | \$ _____ |
| 3) Seguro Social por una debilidad: | \$ _____ | 11) Pensión de trabajo previo: | \$ _____ |
| 4) Veteran's Disability Payment: | \$ _____ | 12) Ayuda Infantil: | \$ _____ |
| 5) Seguro Privado de Incapacidad: | \$ _____ | 13) Pensión alimenticia: | \$ _____ |
| 6) Indemnización laboral: | \$ _____ | 14) Ayuda a los necesitados o los minusválidos | \$ _____ |
| 7) Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (TANF): | \$ _____ | 15) Pensión de vejez (OAP) | \$ _____ |
| 8) Asistencia general: | \$ _____ | 16) Otras fuentes: | \$ _____ |
| | | Describe: _____ | \$ _____ |

Beneficios Inefectivos:

	Elegible	Aplicación sometido	Reciba ahora	Recipiente previo
Cupones de alimento: Cantidad \$ _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Medicaid	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Medicare	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Programa de Asistencia de Cuidos de Niños	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mujeres Bebes Niños (WIC)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Servicios médicos de Veteranos (VA)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
TANF Servicios de cuidado de niños	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
TANF Servicios de Transportación	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
TANF Otro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Asistencia de alquiler, Sección 8, Vales de Vivienda	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

¿Ha recibido ayuda de vivienda con otra agencia?: _____

¿Corrientemente recibe ayuda de vivienda con otra agencia? : _____

Otras fuentes de beneficios: _____

Educación:

Asiste a la escuela ahora: Sí No

Esta estudiando para un título/certificación: Sí No

¿Tiene una certificación profesional o aprendizaje?: Sí No

Lo más alto nivel de educación cumplido (*elija una*):

- | | | | |
|--|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> No educación | <input type="checkbox"/> Preescolar a Cuarto | <input type="checkbox"/> Quinto o Sexto | <input type="checkbox"/> Séptimo o Octavo |
| <input type="checkbox"/> Noveno | <input type="checkbox"/> Décimo | <input type="checkbox"/> Decimoprimer | <input type="checkbox"/> Decimosegundo, sin diploma |
| <input type="checkbox"/> Diploma de escuela superior | <input type="checkbox"/> GED | <input type="checkbox"/> Postsecundario | |

Títulos recibidos (*elija todo que sea pertinente*):

- | | | |
|---|---|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Título o certificación técnico | <input type="checkbox"/> Grado Asociado | <input type="checkbox"/> Licenciatura |
| <input type="checkbox"/> Grado de maestría | <input type="checkbox"/> Doctorado sin tesis | <input type="checkbox"/> Doctorado |
| <input type="checkbox"/> Post-Doctoral trabajo | <input type="checkbox"/> Otro licenciado de postgrado | |

Niños (menores de edad hasta edad 17)):

Nombre y Apellido	Sexo	Edad	Fecha de Nacimiento	Raza	Nombre de Escuela/ Guardería	El nombre y apellido del padre
1.						
2.						
3.						
4.						
5.						

Sí niño(s) **entre las edades de 4-17** no esta(n) en escuela, ¿por qué? (*se puede elegir más de uno*):

- Ninguna Requisitos de residencia Disponibilidad de expediente escolar

- Partida de nacimiento
- Falta de programas de pre-escolar
- Otro _____
- Requisitos de custodia legal
- Requisitos de inmunización
- Transportación
- Requisitos de examen físico

Sí menos de 4 años, ¿por qué no en guardería? (*se puede elegir más de uno*):

- Gasto
- No se quiere matricular
- Falta de programas abiertos
- Otro _____
- No capacitar para CCAP
- Requisitos de custodia legal
- Requisitos de inmunización
- Disponibilidad de expediente escolar
- Transportación
- Requisitos de examen físico

¿Quién tiene custodia de los hijos? : _____ ¿Dónde vive(n)?: _____

¿Tiene usted o el otro padre derechos de visitar?: Sí No

¿Si sí, con qué frecuencia y dónde ocurre?: _____

¿Hay preocupación de seguridad? Si sí, explique por favor: _____

¿Ha sido investigado Ud. por abuso/negligencia de niños?: Sí No Si sí, nota las fechas: _____

Si, sí explique el incidente: _____

Nombre del asistente social de DHS: _____ Teléfono: _____

Cuidad/Estado/County: _____ Fechas de implicación: _____

¿Qué era el resultado? _____

Antecedentes penales:

¿Ha sido detenido o acusado de un crimen? Sí No

Si sí, nota las fechas, ciudad, estado, y explique: _____

¿Está Ud. involucrado en medidas legales/ del tribunal? Sí No

Si sí, nota las fecha, ciudad, estado, y explique: _____

RESPONDER A LOS PREGUNTAS SIGUIENTES CON DETALLES:

1. Qué pasos ha tomado, hasta ahora, para prevenir quedarse sin hogar:

1. _____
2. _____
3. _____

2. Cuando tenga vivienda, cuáles son sus metas:

1. Metas de educación: _____
2. Metas de carrera: _____
3. Metas de su vida: _____

Abuso de Alcohol:

- a. ¿Hace cuánto tuvo una bebida alcohólica? _____
- b. ¿Cuántas bebidas toma en una vez? _____
- c. ¿Cuántas veces a bebido durante el último mes? _____
- d. ¿Hay una historia de alcoholismo en su familia? _____
- e. ¿Ha sido el alcohol la causa de problemas para Ud.? Sí No
Por favor explicar: _____
- f. ¿Ha sido detenido por una trasgresión en relación a conducir? Sí No
Por favor explica: _____
- g. ¿Ha estado en un programa para el tratamiento del alcohol? Sí No

Si sí, Cuándo y Dónde: _____

Drogas:

- a. ¿Ha usado drogas? Sí No
Si sí, Cuándo y Cuál: _____
- b. ¿Cuándo fue la ultima ves que Ud. usó drogas? _____
- c. ¿Ha estado en un programa para el tratamiento de la drogadicción? Sí No
Si sí, fechas, ciudad y estado, nombre del programa: _____
- d. ¿Ha sido detenido por una trasgresión en relación a las drogas? Sí No
Si sí, fechas, ciudad y estado, trasgresión: _____

Historia de Salud Mental (*psiquiátrico o emocional*):

- a. ¿Recibió tratamiento para un problema emocional o desorden mental? Sí No
Si sí, Por favor escribe una lista de diagnósticos: _____
¿Quién es su proveedor de salud mental? _____
- b. ¿Le fueron recetadas medicamentos para preocupaciones mental, emocional, o de comportamiento? Sí No
- c. Si sí, Por favor haga una lista de:
Nombre(s) de medicación(es): _____
Fechas cuando las tomo: _____

YO DOY A PARTNERS IN HOUSING PERMISO PARA LLAMAR A LAS REFERENCIAS Y BUSCAR LOS ANTECEDENTES CRIMINALES Entiendo que sí no se consigue un permiso escrito, mi aplicación no será considerada.

Firma de Solicitante

Fecha

Atestiguación de Información

Atestigo que toda la información en ésta aplicación es honesta y correcta a lo mejor de mi conocimiento. Entiendo que alguna distorsión intencionada de la información puede causa una decisión de no aceptarme o expulsarme del programa de vivienda de transición.

Firma de Solicitante

Fecha

Nombre de Solicitante EN LETRAS DE MOLDE

Declaracion de privacidad: La recopilacion, el procesamiento y el almacenamiento de la informacion recopilada es confidencial y no se compartira. Las aplicaciones se guardan en un lugar seguro y bajo llave y se almacenan durante un tiempo determinado, segun las regulaciones de la agencia.

Las solicitudes incompletas o ilegibles no seran procesadas:

Todos los solicitantes deben tener la garantia de un tratamiento confidencial de la informacion personal en la medida de lo posible. PIH obtendra permiso por escrito para la divulgacion de informacion, a menos que dicha divulgacion este autorizada por la ley.