

Aplicación

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

(Cada persona necesita llenar una aplicación, igual si solicitan como pareja.) Si la aplicación es incompleta o ilegible puede tardar el proceso de solicitar.

Fecha: _____

¿En el pasado ha solicitado a PIH? Sí No

Fecha de última aplicación: _____

¿Hubo aceptado? _____

Si no hubo aceptado por favor explicar:

Información Demográfica

Nombre: _____ Segundo Nombre: _____

Apellido: _____ Sufijo: _____

Por favor notar cómo conoció o quién se 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: Nombre: _____ Segundo Nombre: _____

Apellido: _____ Sufijo: _____

Situación Matrimonial:

Nunca Casado Casado Divorciado Separado

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

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

Fecha de Nacimiento: _____ / _____ / _____

Numero de Seguro Social _____ - _____ - _____

Sexo: Masculino Femenino

Licencia de Manejar/Identificación del Estado: _____ Estado: _____

Ciudadano del EEUU 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 Postal: _____
Calle Ciudad Estado Código Postal

Teléfono: _____ 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 EEUU (*excombatiente*): Sí No

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

Describir su situación: ¿Esta Ud. sin techo? Sí No

Dónde quedó anoche (elija una):

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

¿Sí tiene casamiento, tiene que ir dentro de 7 días? Sí No

Hace cuanto tiempo quedó allí (elija una):

- Menos de una semana 1 a 2 semanas 3 semanas a 1 mes 2 a 3 meses
- 4 a 6 meses 7 meses a 1 año Más de 1 año

Dónde quedó la noche anterior (elija una):

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

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 (se puede elegir más de uno):

- Abuso o violencia en la casa
- Problemas con el abuso de alcohol/drogas
- Se pidió salir
- Crédito malo
- No se puede pagar las utilidades
- Se despidió de cuidado de crianza temporal
- Se despidió del cárcel
- Se despidió de prisión
- Enfermedad personal o de un familiar
- Problemas legales
- Se perdió un trabajo/no se puede obtener trabajo
- Gastos medical
- Enfermedad mental
- Se movió para buscar trabajo
- Problemas con los beneficios públicos
- Problemas con las relaciones o una ruptura en la familia
- Razones en relación a orientación sexual
- No se puede pagar la renta/hipoteca
- Otro _____

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

Dirección: _____
 Ciudad: _____ Estado: _____
 Código postal: _____

Escribe todos los estados donde vivió desde que tenía 18 años:

Estado: _____ Ciudad: _____ County: _____ Fechas: _____
 Estado: _____ Ciudad: _____ County: _____ Fechas: _____
 Estado: _____ Ciudad: _____ County: _____ Fechas: _____
 Estado: _____ Ciudad: _____ County: _____ Fechas: _____

Empleo:

¿Tiene trabajo ahora?: Sí No
 ¿Cuántas horas trabajaba en la última semana?: _____ ¿Dónde?: _____
 Tipo de trabajo: Permanente Temporario Temporada del contrato
 ¿Si no tiene trabajo, esta Ud. buscando trabajo?: Sí No
 ¿Si no tiene trabajo, cuáles son 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 último mes?: Sí No
 Ingresos por trabajo en dólares: \$ _____

Ingresos recibidos de otras fuentes: Sí No

- | | | | |
|--|----------|--|----------|
| 1) Por desempleo: | \$ _____ | 9) Beneficios de jubilación: | \$ _____ |
| 2) Ingreso Suplementario de la Seguridad Social (SSI): | \$ _____ | 10) Pensión de veterano: | \$ _____ |
| 3) Seguridad 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 labora: | \$ _____ | 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
Vales de Comida: 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 Asistir con Cuidar 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 medicales de Veteranos (VA)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
TANF Servicios de cuidar 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"/>

Ayuda de casamiento con otra agencia: _____

Otras fuentes de beneficios: _____

Educación:

Asista escuela ahora: Sí No

Se trabaja por un título/certificación: Sí No

¿Tiene un 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"/> Associates Degree | <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)):

Numero de niños en total: _____

Nombre y Apellido	Sexo	Edad	Fecha de Nacimiento	Raza	Nombre de Escuela/ Guardería	El nombre y apellido del otro 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*):

- | | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Ninguna | <input type="checkbox"/> Requisitos de residencia | <input type="checkbox"/> Disponibilidad de expediente escolar |
| <input type="checkbox"/> Partida de nacimiento | <input type="checkbox"/> Requisitos de custodia legal | <input type="checkbox"/> Transportación |
| <input type="checkbox"/> Falta de programas de preescolar | <input type="checkbox"/> Requisitos de inmunización | <input type="checkbox"/> Requisitos de examen físico |
| <input type="checkbox"/> Otro _____ | | |

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

- | | | |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Gasto | <input type="checkbox"/> No capacitar para CCAP | <input type="checkbox"/> Disponibilidad de expediente escolar |
| <input type="checkbox"/> No se quiere matricular | <input type="checkbox"/> Requisitos de custodia legal | <input type="checkbox"/> Transportación |
| <input type="checkbox"/> Falta de programas abiertos | <input type="checkbox"/> Requisitos de inmunización | <input type="checkbox"/> Requisitos de examen físico |
| <input type="checkbox"/> Otro _____ | | |

¿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. para el 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? _____

Abuso Doméstico:

Se ha ocurrido abuso: Ahora En el pasado No

Sí ahora o en el pasado, ¿hace cuánto?:

- | | | | |
|--|---|---|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> directamente antes del contacto | <input type="checkbox"/> Hace 24-48 horas | <input type="checkbox"/> La última semana | <input type="checkbox"/> mes pasado |
| <input type="checkbox"/> Pasado 3 meses | <input type="checkbox"/> 3 – 6 meses | <input type="checkbox"/> 6 –12 meses | <input type="checkbox"/> Más de 1 año |
| <input type="checkbox"/> No se sabe | | | |

Hay preocupación de seguridad actual: Sí No

Información de Salud:

Salud General (*elija una*): Excelente Muy Bien Bien Así Así Malo

Embarazada: Sí No No se sabe No Aplicable

Si sí, cuando sale cuentas: _____ / _____ / _____ (mes/día/año)

Invalidez físico: Ahora En el pasado No

Si sí, qué tipo de invalidez: _____

Se anticipa dura mucho tiempo: Sí No

Puede trabajar o re-entrenar: Sí No

Invalidez de desarrollo: Ahora En el pasado No

Si sí, qué tipo de invalidez _____

Diagnosticado VIH/SIDA: Sí No No se sabe

Antecedentes penales:

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

Si sí, nota las fechad, ciudad, county, estado, y explique: _____

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

Si sí, nota las fechad, ciudad, county, estado, y explique: _____

Abuso de Alcohol:

- a. ¿Hace cuándo tuvo una bebida alcohólica? _____
- b. ¿Cuánto bebe en una vez? _____
- c. ¿Cuántas veces bebía durante el último mes? _____
- d. ¿Hay una historia de alcoholismo en su familia? _____
- e. ¿Ha sido alcohol la causa de problemas para Ud.? Sí No
Por favor explica: _____
- f. ¿Se lo detuvo por una trasgresión en relación a conducir? Sí No
Por favor explica: _____
- g. ¿Ha sido en un programa por el tratamiento del alcohol? Sí No
Si sí, Cuándo y Dónde: _____

Drogas:

- a. ¿Ha usado drogas? Sí No
Si sí, Cuándo y Cuál: _____
- b. ¿Hace cuándo usó drogas? _____
- c. ¿Ha sido en un programa por el tratamiento de la drogadicción? Sí No
Si sí, fechas, ciudad y estado, nombre del programa: _____
- d. ¿Se lo detuvo 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. ¿Recetárselo medicaciones para preocupaciones mental, emocional, o de comportamiento? Sí No
Si sí, Por favor haga una lista de:
Nombre(s) de medicación(es): _____
Fechas cuando tómala: _____

RESPONDER A LOS PREGUNTAS SIGUIENTES CON DETALLES:

- 1. Qué pasos ha tomado, hasta ahora, para prevenir hacerse sin hogar:
 - 1. _____
 - 2. _____
 - 3. _____

- 2. Cuando tenga casamiento, cuáles son sus metas:
 - 1. Metas de educación: _____
 - 2. Metas de carrera: _____
 - 3. Metas de su vida: _____

REFERENCIAS: (Escribe personas, quien no ser pariente de Ud. y podemos llamar como referencia.)

Dueño (Alguno dueño de Ud.):

1) Nombre y Apellido: _____ Teléfono: _____ / _____ / _____
Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____
Nombre del apartamento: _____
Fechas: _____

Dueño (Alguno dueño de Ud.):

2) Nombre y Apellido: _____ Teléfono: _____ / _____ / _____
Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____
Nombre del apartamento: _____
Fechas: _____

YO DOY A PARTNERS IN HOUSING PERMISO PARA LLAMAR A LAS REFERENCIAS Y BUSCAR LOS ANTECEDENTES CRIMINALES (mira a página 6, La Ley de Informe Justo de Crédito). Entiendo que sí no conseguir hacer permiso escrito, mi aplicación no será considerado.

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 casamiento de transición.

Firma de Solicitante

Fecha

Nombre de Solicitante de Mayúsculas

CUMPLIR LOS PARTES DE LAS PÁGINAS DELANTERAS Y TRASEROS (12 PÁGINAS EN TOTAL) INCLUIR EL LA LEY DE INFORME JUSTO DE CREDITO & REVELACION DE CMS POR EL REGION DE PIKES PEAK. APLICACIONES INCOMPLETO O ILEGIBLE SERÁ DEVUELTO.

**Entregar aplicación cumplido a:
Partners In Housing
455 Gold Pass Heights
Colorado Springs, CO 80906**

En menor grado posible todos los solicitantes pueden ser seguros de tratamiento confidencial con respeto a su información personal. PIH obtendrá permiso escrito para hacer pública información, aunque este es autorizado por la ley.

En el pasado 10 años, en la primera página, indique los lugares ha vivido y en el segundo página (página trasero) indique los lugares dónde ha sido empleado.

1. DIRECCIÓN: _____
NOMBRE DEL APARTAMENTO: _____
CIUDAD: _____ ESTADO: _____ CÓDIGO POSTAL: _____
COUNTY: _____ FECHAS: _____ A _____

2. DIRECCIÓN: _____
NOMBRE DEL APARTAMENTO: _____
CIUDAD: _____ ESTADO: _____ CÓDIGO POSTAL: _____
COUNTY: _____ FECHAS: _____ A _____

3. DIRECCIÓN: _____
NOMBRE DEL APARTAMENTO: _____
CIUDAD: _____ ESTADO: _____ CÓDIGO POSTAL: _____
COUNTY: _____ FECHAS: _____ A _____

4. DIRECCIÓN: _____
NOMBRE DEL APARTAMENTO: _____
CIUDAD: _____ ESTADO: _____ CÓDIGO POSTAL: _____
COUNTY: _____ FECHAS: _____ A _____

5. DIRECCIÓN: _____
NOMBRE DEL APARTAMENTO: _____
CIUDAD: _____ ESTADO: _____ CÓDIGO POSTAL: _____
COUNTY: _____ FECHAS: _____ A _____

6. DIRECCIÓN: _____
NOMBRE DEL APARTAMENTO: _____
CIUDAD: _____ ESTADO: _____ CÓDIGO POSTAL: _____
COUNTY: _____ FECHAS: _____ A _____

7. DIRECCIÓN: _____
NOMBRE DEL APARTAMENTO: _____
CIUDAD: _____ ESTADO: _____ CÓDIGO POSTAL: _____
COUNTY: _____ FECHAS: _____ A _____

8. DIRECCIÓN: _____
NOMBRE DEL APARTAMENTO: _____
CIUDAD: _____ ESTADO: _____ CÓDIGO POSTAL: _____
COUNTY: _____ FECHAS: _____ A _____

9. DIRECCIÓN: _____
NOMBRE DEL APARTAMENTO: _____
CIUDAD: _____ ESTADO: _____ CÓDIGO POSTAL: _____
COUNTY: _____ FECHAS: _____ A _____

Empleado Actual:

Nombre de Compañía: _____ Nombre de Supervisor: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: ____ Código Postal: _____

Tipo de Trabajo: _____ Fecha de Empezar: _____

Días y horas trabaja: _____ A cuánto se paga: _____

1. Empleador Previo:

Nombre de Compañía: _____ Nombre de Supervisor: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: ____ Código Postal: _____

Tipo de Trabajo: _____ Fechas de empezar y salir: _____

Razón(es) por salir: _____

2. Empleador Previo:

Nombre de Compañía: _____ Nombre de Supervisor: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: ____ Código Postal: _____

Tipo de Trabajo: _____ Fechas de empezar y salir: _____

Razón(es) por salir: _____

3. Empleador Previo:

Nombre de Compañía: _____ Nombre de Supervisor: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: ____ Código Postal: _____

Tipo de Trabajo: _____ Fechas de empezar y salir: _____

Razón(es) por salir: _____

4. Empleador Previo:

Nombre de Compañía: _____ Nombre de Supervisor: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: ____ Código Postal: _____

Tipo de Trabajo: _____ Fechas de empezar y salir: _____

Razón(es) por salir: _____

5. Empleador Previo:

Nombre de Compañía: _____ Nombre de Supervisor: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: ____ Código Postal: _____

Tipo de Trabajo: _____ Fechas de empezar y salir: _____

Razón(es) por salir: _____



**ESTA NOTIFICACIÓN DESCRIBE CÓMO SE PUEDE
USAR O REVELAR
SU INFORMACIÓN, Y
CÓMO SE PUEDE TENER ACCESO A ESA INFORMACIÓN.**

LEA ESTA INFORMACIÓN ATENTAMENTE.

Fecha de entrada en vigencia: 8 de febrero de 2006

Nuestro deber es salvaguardar su información protegida

Partners In Housing recolectará información sobre usted y su familia para brindarle servicios. Esa información va a ser anotado en el Exhaustivo Sistema de Administración de Clientes en la Región de Pikes Peak (CMS). Se nos exige proteger la privacidad de su información de identificación. Debemos informarle cómo, cuándo y por qué podemos usar o revelar alguna información que compartió con nosotros. También se nos exige cumplir con las normas de privacidad descritas en esta notificación, aunque **Partners In Housing se reserva el derecho a cambiar nuestras prácticas de privacidad y los términos de esta notificación en cualquier momento.** Puede solicitar una copia de esta notificación de cualquier **agencia que participa de la agencia de CMA.**

Cómo Podemos Usar y Revelar Su Información

Usamos y revelamos data recopilado para hacer un informe sobre las necesidades de salud y servicios humanas en nuestra comunidad. Información personal cuál alguien puede usar para identificarse nunca usaremos para estos informes. No entregaremos su información para un informe de datos nacional. Debemos tener su consentimiento para usar o revelar su información para otros propósitos a menos que la ley nos permita o nos exija hacer uso o revelar la información sin su permiso.

Sus derechos con relación a su información

- Tiene derecho a pedir información sobre las personas que vieron sus datos.
- Tiene derecho a ver su información y a cambiar lo que sea incorrecto.
- Tiene derecho a cambiar de opinión en cualquier momento con relación a su participación en el estudio.

El Exhaustivo Sistema de Administración de Clientes en la Región de Pikes Peak

Revelación de Información del Cliente

Este informe explica cómo se puede usar y compartir su información. También le explica cómo puede acceder a su información. Lea esta información atentamente y hacer preguntas que tiene.

¿Qué es el Exhaustivo Sistema de Administración de Clientes en el Región de Pikes Peak?

Es necesario para nosotros obtener información de usted y su familia para que Partners in Housing pueda darse los mejores servicios posibles. Inscríbimos esta información en un programa en la computadora se llama CMS. El programa de CMS dejamos llevar la cuenta de su información y los servicios que proveemos. Muchas agencias en Colorado usan este programa para servir sus clientes. Administradores de la sistema para CMS son limitados y empleados certificados a Pikes Peak United Way; Colorado Department of Human Services, Division of Supportive Housing y Homeless Programs; y Mile High United Way.

Lo que Debe Saber Antes de Firmar

La decisión para **recibir servicios** de **Partners In Housing** es basado en las políticas de la agencia y requisitos de agencias de financiación, y nos estamos obligado explicarlos a usted.

Según la ley, tenemos que proteger la seguridad de su información, informarse de sus derechos, y decirse cómo mantener la seguridad de su información.

Excepciones. Según la ley, requerimos denunciar a una situación con peligro para la vida a usted u otras, y/o una sospecha de abuso o abandono de un niño.

¿Qué información suya se recolectará?

- Su nombre
- Su número de la seguridad social
- Su fecha de nacimiento
- Su sexo
- Su raza/etnicidad
- Estado civil
- Los miembros de su familia
- Sus números de teléfono
- Situación como veterano militar
- Si tiene o no una discapacidad
- Su domicilio
- Tipo de vivienda
- Situación de persona sin hogar
- Razones para no tener hogar
- Ingresos del hogar
- Información laboral
- Habilidades laborales
- Información médica, salud mental, abuso de drogas y embarazo
- Antecedentes de violencia doméstica
- Servicios necesarios y provistos, y
- Resultados de los servicios prestados.

¿Por qué se recolecta esta información?

- Para determinar mejor sus necesidades y las necesidades de los demás;
- Para averiguar si se satisficieron sus necesidades;
- Para mejorar la forma en que se prestan los servicios;
- Para contar la cantidad de personas incluidas en nuestro programa y los servicios hemos dado;
- Para contar la cantidad de personas que están sin hogar, a riesgo de estar sin hogar o están necesitadas;
- Para averiguar cuáles son los servicios disponibles y cuáles son los otros servicios que se necesitan;
- Para brindarles un informe a las agencias que nos financian;
- Para obtener nuevos financiamientos para programas que ayuden a personas sin hogar o quienes están necesitadas; y
- Con fines de investigación sobre la falta de vivienda y otras necesidades de servicios humanas de la comunidad.

¿Qué sucede con su información?

- Su información recibe un código especial que nos ayuda a identificarlo de forma inequívoca.
- Existen protecciones de seguridad para que su información se mantenga segura.
- Ninguna otra agencia que utilice CMS podrá ver su información sin su autorización.
- Sólo la agencia que ingrese la información y los administradores del sistema podrán verla.
- Los administradores del sistema prepararán informes para mostrar cuántas son las personas que no tienen hogar junto con las falencias que tiene el servicio. La información sobre quién es usted no se utilizará jamás en estos informes. Su información personal no se entrega al gobierno federal o a cualquier otra fuente no mencionada en este documento.
- Su información no se utilizará para cualquier otro propósito sin su consentimiento por escrito.
- Su información se mantendrá durante al menos siete (7) años después de que cese de recibir los servicios.

¿Cuáles son los riesgos?

Si bien se han tomado precauciones para mantener la seguridad de su información, es imposible garantizar la seguridad absoluta de los datos contenidos en sus registros.

¿Cuáles son sus derechos?

- Tiene derecho a preguntar sobre información pedido.
- Tiene derecho a pedir información sobre las personas que vieron sus datos.
- Puede cambiar este acuerdo en cualquier momento.
- Tiene derecho a ver su información y a cambiar lo que sea incorrecto.
- Tiene derecho a presentar una queja si considera que se violó su privacidad. Envíe la queja por escrito al:

Pikes Peak United Way
518 North Nevada Avenue
Colorado Springs, Colorado 80903
Attn: Community Information Systems Manager

No se tomarán represalias contra usted por presentar una queja. Puede obtener una forma de quejas de alguna agencia de CMS o de Pikes Peak United Way.

El Administrado del sistema podrá realizar cambios a este acuerdo periódicamente. Cualquier cambio que afecte su privacidad requerirá su aprobación y autorización. El Administrador del Sistema enviará un aviso co 90 días de anticipación a todos los proveedores de servicio, y llevará a cabo una reunión pública antes de aplicar cualquier cambio. El gerente a cargo de su caso hará todos los intentos que resulten razonables para comunicarse con usted, y darle una oportunidad de que revise esos cambios y/o tendrá la oportunidad en su próxima visita a la agencia.

Cómo comunicarse:

Si tiene alguna pregunta sobre El Exhaustivo Sistema de Administración de Clientes en la Región de Pikes Peak, o preguntas sobre sus derechos o sobre la información contenida en este formulario, llame a la División de Programas para las personas sin hogar y de apoyo a la vivienda, al 719-955-0749. El horario de atención es de lunes a viernes, de 8 a.m. a 5 p.m. Se pueden dejar mensajes en el contestador automático después del horario de atención.

El Exhaustivo Sistema de Administración de Clientes en la Región de Pikes Peak

Autorización de Revelación del Cliente

Yo he recibido El Exhaustivo Sistema de Administración de Clientes en la Región de Pikes Peak Revelación de Información del Cliente y todas de mis preguntas han sido contestadas. Partners in Housing me explicó que recogerán información mía y/o de mi familia para ayudarlos a brindarme los mejores servicios posibles. Firmar esta forma significa que yo permito a esta agencia inscribir mi información en el Exhaustivo Sistema de Administración de Clientes en la región de Pikes Peak.

Las siguientes cosas ha sido explicado y mis preguntas ha sido contestado:

- Entiendo que la información en este sistema no se utilizará para negarme servicios tales como asistencia de emergencia, ayudas sociales, refugio o asistencia para la vivienda.
- Entiendo que la decisión para recibir servicios es basado en las políticas de la agencia y requisitos de agencias de financiación.
- Entiendo que este consentimiento (por escrito o ingreso directo) permite a **Partners In Housing** ingresar, ver, y actualizar información sobre me familia y sobre mí en el sistema de CMS.
- Entiendo que ni **Partners In Housing** o el administrador del sistema de CMS jamás divulgará mi información fuera de la agencia sin mi consentimiento por escrito o en la medida que lo exija la ley.
- Entiendo que puedo firmar un solicitud escrito para cambiar me autorización de revelación a cualquier momento.
- Entiendo que esta revelación es válida durante siete (7) años contados a partir de la última vez que reciba servicios de la agencia.
- Entiendo que tengo derecho a ver mi archivo de CMS, a pedir que se modifiquen la información que se contiene CMS, y a obtener una copia de dicha información de la agencia por medio de solicitud escrita.
- Entiendo que la seguridad de mi archivo es protegido por la ley.

Autorización de Revelación del Cliente (elija una opción):

_____ **Partners In Housing** y intenciones para informes de la comunidad pueden usar mi información.

Q

_____ **Partners In Housing** solo puede usar mi información.

FIRMA DEL CLIENTE/TUTOR

FECHA

NOMBRE DEL CLIENTE/TUTOR (en letra de imprenta)

FIRMA DEL TESTIGO DE LE AGENCIA

FECHA

Los siguientes niños bajo la edad de 18 y/o dependientes adultos son bajo de este Autorización de Revelación del Cliente.

_____ NOMBRE	_____ EDAD	_____ RELACION A CLIENTE
_____ NOMBRE	_____ EDAD	_____ RELACION A CLIENTE
_____ NOMBRE	_____ EDAD	_____ RELACION A CLIENTE
_____ NOMBRE	_____ EDAD	_____ RELACION A CLIENTE
_____ NOMBRE	_____ EDAD	_____ RELACION A CLIENTE
_____ NOMBRE	_____ EDAD	_____ RELACION A CLIENTE

**STATE OF COLORADO
 DIVISION OF PROPERTY TAXATION
 DEPARTMENT OF LOCAL AFFAIRS**

DECLARATION OF HOMELESS/ABUSED STATUS AND INCOME
(TO BE COMPLETED BY RESIDENT AND RETURNED TO BUILDING MANAGER)

INSTRUCTIONS:

This form is necessary for the owner of your apartment or residency to obtain exemption from property tax assessment against your unit. Please complete Sections I, II, and III and return this form along with a copy of any Federal Income Tax return you were required to file, to your building manager. If two residents live in the unit and filed jointly with the IRS, both residents may be listed on one form. Resident filing separately with the IRS must complete a separate Declaration form.

SECTION I: HOMELESS OR ABUSED STATUS

- A. List each person who resided in this unit on January 1st. If you are claiming to be "Homeless," read the following definitions of homeless, and choose the letter that best describes your situation immediately prior to occupying the residence. In addition, describe your specific circumstances below.
- (A) Staying in an emergency temporary shelter for the homeless.
 - (B) Staying in a place not designed for, or ordinarily used as, a regular sleeping accommodation for human beings.
 - (C) At imminent risk of homelessness because I faced immediate eviction and was unable to identify an alternative residence.
 - (D) Released from an institution for the handicapped or disabled, and was unable to identify an alternate residence.
 - (E) Resided in a homeless shelter during the 6 months prior to moving into this facility.
- B. If you are claiming to be "Abused," were you or a member of your immediate family who resides with you in this unit physically, mentally and/or emotionally injured immediately prior to occupying this residence and do you and your family reside at this facility because of this abuse? Please answer YES or NO and describe your specific circumstances below.

UNIT #	NAME & ADDRESS of RESIDENT	HOMELESS? A, B, C, D or E	ABUSED? Y or N	DEPENDENTS INCLUDED IN INCOME CALCULATION
	_____	/		_____
	_____	/		_____
	_____	/		_____
	_____	/		_____
Explanation of homeless or abused status:				

SECTION II: CALCULATION OF GROSS INCOME

If your building manager has not completed Subsection A, you must complete either Subsection B, C, D, or E in order to calculate your total actual income received for the last calendar year. If you did not file a federal income tax return, you must complete Subsection B. If you filed a federal income tax return, and you must attach a copy of your IRS return to this Declaration form.

SECTION III: SIGNATURE AND VERIFICATION

I (we) declare under penalty of perjury in the second degree that I (we) have examined this statement, and to the best of my (our) knowledge and belief, it is true, correct and complete.

 Signature

 Date

 Co-Signature

 Date

RESIDENTS: Return this completed form to your building manager, along with a copy of any Federal Income Tax return you were required to file.

BUILDING MANAGER: These forms are to be compiled and listed on the "List of Occupants."

**LA LEY DE INFORME JUSTO DE CREDITO
REVELACION Y AUTORIZACION**

Revelación: Para evaluar su aplicación al programa de auto-suficiencia de Partners in Housing, Inc. o, si aceptara, para asistir a los altos cargos con decisiones, Partners in Housing, Inc. puede que obtenga informes de consumidor o de criminal respeto a Usted. Estos informes puede ser de alguna agencia que informe de los consumidores y puede tener información sobre su crédito, carácter, reputación, características personales, información medico, o como vivir cuál se usa se recoge para informar alguna decisión sobre su prospectiva o actual relación al programa.

Tiene algunos derechos sobre estos informes y sus usos según La Ley De Informe Justo De Crédito y como resumido en “El Resumen de Sus Derechos en Virtud de la Ley de Informe Justo de Crédito” cuál ha sido dado a Usted.

Autorización: Yo autorizo a Partners in Housing, Inc. voluntariamente obtener informes de consumidor o de criminal sobre mi para que puede hacer decisiones enterados sobre mi sobre mi relación a Partners in Housing, Inc. propuesto o actual. La información obtenida puede ser medical. Yo admito que yo tengo derechos según La Ley De Informe Justo De Crédito incluyendo los discutido en “El Resumen de Sus Derechos en Virtud de la Ley de Informe Justo de Crédito” cuál yo he recibido y examinado.

Nombre en letra de imprenta

Fecha

Numero de Seguridad Social

_____ Masculino Femenino
Fecha de Nacimiento

Numero de Licencia de Manejar Estado

Nombre de Soltera/Alias

Firma

Otras Aliases

Copia de Agencia

**LA LEY DE INFORME JUSTO DE CREDITO
REVELACION Y AUTORIZACION**

Revelación: Para evaluar su aplicación al programa de auto-suficiencia de Partners in Housing, Inc. o, si aceptara, para asistir a los altos cargos con decisiones, Partners in Housing, Inc. puede que obtenga informes de consumidor o de criminal respecto a Usted. Estos informes puede ser de alguna agencia que informe de los consumidores y puede tener información sobre su crédito, carácter, reputación, características personales, información medico, o como vivir cuál se usa se recoge para informar alguna decisión sobre su prospectiva o actual relación al programa.

Tiene algunos derechos sobre estos informes y sus usos según La Ley De Informe Justo De Crédito y como resumido en “El Resumen de Sus Derechos en Virtud de la Ley de Informe Justo de Crédito” cuál ha sido dado a Usted.

Autorización: Yo autorizo a Partners in Housing, Inc. voluntariamente obtener informes de consumidor o de criminal sobre mi para que puede hacer decisiones enterados sobre mi sobre mi relación a Partners in Housing, Inc. propuesto o actual. La información obtenida puede ser medical. Yo admito que yo tengo derechos según La Ley De Informe Justo De Crédito incluyendo los discutido en “El Resumen de Sus Derechos en Virtud de la Ley de Informe Justo de Crédito” cuál yo he recibido y examinado.

Nombre en letra de imprenta

Fecha

Numero de Seguridad Social

_____ Masculino Femenino
Fecha de Nacimiento

Numero de Licencia de Manejar Estado

Nombre de Soltera/Alias

Firma

Otras Aliases

COPIA DE SOLICITANTE

Un Resumen de Sus Derechos en Virtud de la Ley de Informe Justo de Crédito

La Ley Federal de Informe Justo de Crédito (*Fair Credit Reporting Act*, FCRA) fomenta la exactitud, justicia y privacidad de la información en los expedientes de las agencias de informe del consumidor. Existen muchos tipos de agencias de informe del consumidor, incluyendo las agencias de crédito (credit bureaus) y las especializadas (como agencias que venden información sobre historial de firma de cheques, expedientes médicos e historial de alquiler). A continuación tiene un breve resumen de sus principales derechos en virtud de la FCRA. **Para más información, incluyendo información sobre derechos adicionales, visite www.ftc.gov/credit/espanol_loans.htm o escriba a: Consumer Response Center, Room 130-A, Federal Trade Commission, 600 Pennsylvania Ave. N.W., Washington, D.C. 20580.**

- **Deben notificarle si la información en su expediente se ha utilizado en contra de usted.** Todo aquel que utilice un informe de crédito u otro tipo de informe de consumidor para denegar su solicitud de crédito, seguro o empleo, o para emprender otra acción contra usted, debe informarle y debe darle el nombre, la dirección y el teléfono de la agencia que proporcionó esa información.
- **Tiene derecho a saber lo que está en su expediente.** Puede solicitar y obtener toda la información sobre usted en los archivos de una agencia de informe del consumidor. Deberá proporcionar identificación, que puede incluir su número de Seguro Social. En muchos casos, la divulgación de esta información será gratuita. Tiene derecho a una divulgación gratuita si:
 - una persona ha emprendido una acción adversa contra usted debido a información en su informe de crédito;
 - usted es víctima de un robo de identidad y se coloca una alerta de fraude en su expediente;
 - su expediente contiene información no exacta como resultado de fraude;
 - usted recibe asistencia pública;
 - no está empleado pero anticipa solicitar empleo en 60 días.
- Asimismo, para septiembre de 2005, todos los consumidores tendrán derecho a una divulgación cada 12 meses si así lo solicitan a cada agencia de crédito nacional y de las agencias nacionales de informe del consumidor especializadas. Para información adicional, visite www.ftc.gov/credit/espanol_loans.htm.
- **Tiene derecho a pedir su puntuación de crédito.** Las puntuaciones de crédito son resúmenes numéricos de su valía de crédito basados en información de las agencias de crédito. Puede solicitar una puntuación de crédito de agencias de informe del consumidor que crean puntuaciones o distribuyen las puntuaciones utilizadas en préstamos de bienes raíces residenciales, pero tendrá que pagar para recibirla. En algunas transacciones hipotecarias, el prestamista le dará gratuitamente información sobre su puntuación de crédito.
- **Tiene derecho a confrontar información incompleta o no exacta.** Si identifica información en su expediente que es incompleta o inexacta, y la reporta a la agencia de informe del consumidor, la agencia debe investigar a menos que su confrontación sea frívola. **Visite www.ftc.gov/credit/espanol_loans.htm para una explicación de los procedimientos de confrontación.**
- **Las agencias de informe del consumidor deben corregir o eliminar información inexacta, incompleta o no verificable.** La información no exacta, incompleta o no verificable debe ser retirada o corregida, generalmente dentro de 30 días. No obstante, una agencia de informe del consumidor puede seguir reportando información si ha verificado su exactitud.
- **Las agencias de informe del consumidor no pueden reportar información negativa atrasada.** En la mayoría de los casos, una agencia de informe del consumidor puede no reportar información negativa ocurrida hace más de siete años, ni quiebras ocurridas hace más de 10 años.
- **El acceso a su expediente es limitado.** Una agencia de informe del consumidor puede proporcionar información sobre usted solamente a personas que realmente la necesiten - generalmente para considerar una solicitud con un acreedor, asegurador, empleador, propietario de vivienda u otro negocio. La FCRA especifica quiénes son las personas que tienen una necesidad válida de acceso.
- **Debe otorgar su consentimiento para que se envíen sus informes a empleadores.** Una agencia de informe del consumidor no puede dar información sobre usted a su empleador, o a un posible empleador, sin su consentimiento escrito previo otorgado al empleador. El consentimiento escrito generalmente no es requerido en la industria de camiones. Para más información visite www.ftc.gov/credit/espanol_loans.htm.
- **Puede limitar las ofertas “preevaluadas” de crédito y seguro que obtiene basadas en información en su informe de crédito.** Las ofertas “preevaluadas” de crédito y seguro deben incluir un número de teléfono sin cargo al que puede llamar si desea eliminar su nombre y dirección de las listas en las que se basan estas ofertas. Puede optar por no figurar en las listas de las agencias de crédito llamando al 1-888-5-OPTOUT (1-888-567-8888).
- **Puede obtener compensación de los acreedores.** Si una agencia de informe del consumidor, o en algunos casos, un usuario de informes de consumidor o proveedor de información a una agencia de informe del consumidor infringe la FCRA, usted puede presentar un pleito en un tribunal estatal o federal.

COPIA DE SOLICITANTE