



## Housing Resource Center of Benton and Franklin Counties

Horarios de proyección:

Martes, miércoles y Jueves

8 a.m. - 11:30 a.m. y 1 p.m. - 4:30 p.m.

Phone: 509.737.3946

7102 W. Okanogan Place Suite 201

Kennewick, WA 99336

(In the Benton Franklin Health District Building Second Floor)

### **¡Por favor, proporciona tus propias copias de los documentos!**

#### **Documentos solicitados:**

- Estado de desamparo  
(Carta del refugio/proveedor de servicios)
- Aviso de desalojo actual/aviso de 30 días/aviso de 14 días/documentos legales de corte/notificación del sheriff
- Identificación con foto para todos los adultos en el hogar
- Tarjetas del Seguro Social para todos los miembros del hogar
- Certificados de nacimiento de los niños en la casa
- Copia del contrato de arrendamiento/ alquiler actual
- Estado de cuenta del arrendador (esta es una copia del total de la renta atrasada adeudada y por qué meses)
- Verificación de ingresos para todos en el hogar
- Paquete de la solicitud con **todo en amarillo completado por el cliente** y **todo en rosa completado por el propietario**



FOR OFFICE USE ONLY	
HMIS ID: _____	Referred to: _____
Contacted FCS? <input type="checkbox"/> Yes (what agency) _____ <input type="checkbox"/> No	

### Información del cliente

Información del hogar Por favor ingrese cada miembro del hogar a continuación.								
¿Cuántas personas hay en tu hogar? Adultos: _____ Niños: _____								
Última ciudad permanente conocida _____ Zip _____								
Relación con el Jefe del Hogar (si corresponde) cónyuge/hijo /etc.	Nombre de pila	Apellido	Fecha de nacimiento	Género	Raza (ingresa a todas las que correspondan)	Etnicidad Hispano (H) o No Hispano (N)	Veterano (sirvió en las Fuerzas Armadas Sí o No)	número de seguro social
1. <b>Auto</b>								
2.								
3.								
4.								
5.								
6.								
7.								
8.								

**Número de teléfono del cliente:** \_\_\_\_\_ **Número de teléfono del mensaje:** \_\_\_\_\_

**Dirección de correo electrónico del cliente:** \_\_\_\_\_

**Situación de vivienda actual: Por favor, marque la opción que mejor se ajuste a su situación de vivienda actual.**

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Lugar no destinado para vivienda<br><br><input type="checkbox"/> Refugio de emergencia, incluyendo motel pagado con asistencia de vivienda<br><br><input type="checkbox"/> Refugio seguro<br><input type="checkbox"/> Vivienda temporal/pernoctar en sofás<br><input type="checkbox"/> Cuidado temporal/hogar grupal<br>Hospital u otro centro residencial médico no psiquiátrico instalación<br><input type="checkbox"/> Cárcel, prisión o centro de detención juvenil<br><input type="checkbox"/> Instalación de cuidados a largo plazo o hogar de ancianos<br><input type="checkbox"/> Hospital psiquiátrico u otra instalación psiquiátrica<br><br><input type="checkbox"/> Instalación de tratamiento para abuso de sustancias | <input type="checkbox"/> Viviendo en una casa/apartamento que posees sin ningun otro subsidio de vivienda<br><br><input type="checkbox"/> Viviendo en una casa/apartamento que posees con vivienda subsidio _____ (que tipo de subsidio)<br><input type="checkbox"/> Alquiler con subsidio de vivienda _____ (what type of subsidy)<br><input type="checkbox"/> Alquiler sin subsidio de vivienda<br><input type="checkbox"/> Quedarse o vivir en la casa de un familiar<br><input type="checkbox"/> Quedarse o vivir en la casa de un amigo<br><input type="checkbox"/> Viviendas transicionales para personas sin hogar<br><input type="checkbox"/> Huyendo de la violencia o de la trata de personas con fines de explotación sexual<br><input type="checkbox"/> Hotel o motel pagado sin asistencia de vivienda |
|--|---|

**Persona sin hogar:**

Fecha aproximada en que comenzó la falta de hogar: \_\_\_\_\_  
¿Cuántas veces has estado en las calles o en refugios en los últimos tres años? \_\_\_\_\_  
Número total de meses sin hogar en las calles o refugios: \_\_\_\_\_

**En riesgo de desalojo:**

¿Cuándo perderá su residencia principal de noche? \_\_\_\_\_

**Duración de situaciones de vida previas: ¿La duración de la estadía es menor de 7 noches?**

- 1 noche o menos  Sí
- 2-6 noches  No
- 1 semana o más, pero menos de 1 mes
- 1 mes o más, pero menos de 90 días
- 90 días o más, pero menos de 1 año
- 1 año o más

¿Has sido dado de alta de una instalación psiquiátrica en los últimos 12 meses?  Sí  No

¿Has sido dado de alta de un centro de tratamiento para SUD en los últimos 12 meses?  Sí  No

¿Alguna vez ha recibido servicios de asistencia de alquiler de HRC?  Sí  No

**Preguntas sobre el bienestar del hogar:**

**Yo mismo (1)**

- | Sí                       | No                       |  |  |
|--------------------------|--------------------------|--|--|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿Tienes una discapacidad física?   | ¿Es a largo plazo? <b>SÍ NO</b>              |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿Tienes una discapacidad del desarrollo?   | ¿Esto afecta la vida cotidiana? <b>SÍ NO</b> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿Tienes una enfermedad crónica?  | ¿Es a largo plazo? <b>SÍ NO</b>              |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿Tienes un problema de salud mental?   | ¿Es a largo plazo? <b>SÍ NO</b>              |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿Tienes un proveedor de salud mental? Si es así, por favor escribe el nombre del proveedor aquí: _____               |  |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿Tienes un problema con las drogas o el alcohol? <b>**Por favor, circule:</b> Alcohol, Droga, Ambos                  |  |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿Está siendo tratado? <b>SÍ NO</b>   |  |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿Has sido víctima de violencia o trata de personas con fines de explotación sexual? ¿Cuándo fue la última vez? _____ |  |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿Has sido alguna vez arrestado? <b>SÍ NO</b> Si es así, por favor indica la fecha y el cargo:<br>_____               |  |

**Orientación Sexual:**

- Heterosexual  Gay  Lesbiana  Bisexual  Indeciso  Otro  No sabe  Se negó
- Datos no recolectados

## Preguntas sobre el bienestar del hogar:

### Adulto (2)

- | Sí                       | No                       |  |  |
|--------------------------|--------------------------|--|--|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿Tienes una discapacidad física?   | ¿Es a largo plazo? <b>SÍ NO</b>              |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿Tienes una discapacidad del desarrollo?   | ¿Esto afecta la vida cotidiana? <b>SÍ NO</b> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿Tienes una enfermedad crónica?  | ¿Es a largo plazo? <b>SÍ NO</b>              |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿Tienes un problema de salud mental?   | ¿Es a largo plazo? <b>SÍ NO</b>              |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿Tienes un proveedor de salud mental? Si es así, por favor escribe el nombre del proveedor aquí: _____               |  |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿Tienes un problema con las drogas o el alcohol? <b>**Por favor, circule:</b> Alcohol, Droga, Ambos                  |  |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿Está siendo tratado? <b>SÍ NO</b>   |  |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿Has sido víctima de violencia o trata de personas con fines de explotación sexual? ¿Cuándo fue la última vez? _____ |  |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿Has sido alguna vez arrestado? <b>SÍ NO</b> Si es así, por favor indica la fecha y el cargo: _____                  |  |

### Orientación Sexual:

- Heterosexual  Gay  Lesbiana  Bisexual  Indeciso  Otro  No sabe  Se negó  
 Datos no recolectados

### Miembro del hogar (niño 1)

- | YES                      | NO                       |  |   |
|--------------------------|--------------------------|--|---|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿Tienes una discapacidad física?         | ¿Es a largo plazo? <b>SÍ NO</b>                       |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿Tienes una discapacidad del desarrollo? | ¿Es a largo plazo? <b>SÍ NO</b>                       |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿Tienes un problema de salud crónico?    | ¿Es a largo plazo? <b>SÍ NO</b>                       |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿Tienes un problema de salud mental?     | ¿Es a largo plazo? <b>SÍ NO</b>                       |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿Tienes un proveedor de salud mental?    | Si es así, por favor, nombra el proveedor aquí: _____ |

### Miembro del hogar (niño 2)

- | YES                      | NO                       |  |   |
|--------------------------|--------------------------|--|---|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿Tienes una discapacidad física?         | ¿Es a largo plazo? <b>SÍ NO</b>                       |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿Tienes una discapacidad del desarrollo? | ¿Es a largo plazo? <b>SÍ NO</b>                       |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿Tienes un problema de salud crónico?    | ¿Es a largo plazo? <b>SÍ NO</b>                       |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿Tienes un problema de salud mental?     | ¿Es a largo plazo? <b>SÍ NO</b>                       |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿Tienes un proveedor de salud mental?    | Si es así, por favor, nombra el proveedor aquí: _____ |

### Miembro del hogar (niño 3)

- | YES                      | NO                       |  |   |
|--------------------------|--------------------------|--|---|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿Tienes una discapacidad física?         | ¿Es a largo plazo? <b>SÍ NO</b>                       |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿Tienes una discapacidad del desarrollo? | ¿Es a largo plazo? <b>SÍ NO</b>                       |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿Tienes un problema de salud crónico?    | ¿Es a largo plazo? <b>SÍ NO</b>                       |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿Tienes un problema de salud mental?     | ¿Es a largo plazo? <b>SÍ NO</b>                       |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿Tienes un proveedor de salud mental?    | Si es así, por favor, nombra el proveedor aquí: _____ |

**Miembro del hogar (niño 4)**

YES NO

- ¿Tienes una discapacidad física?
- ¿Tienes una discapacidad del desarrollo?
- ¿Tienes un problema de salud crónico?
- ¿Tienes un problema de salud mental?
- ¿Tienes un proveedor de salud mental?

- ¿Es a largo plazo? **SÍ** **NO**
- ¿Es a largo plazo? **SÍ** **NO**
- ¿Es a largo plazo? **SÍ** **NO**
- ¿Es a largo plazo? **SÍ** **NO**

Si es así, por favor, nombre el proveedor aquí.:

**Miembro del hogar (niño 5)**

YES NO

- ¿Tienes una discapacidad física?
- ¿Tienes una discapacidad del desarrollo?
- ¿Tienes un problema de salud crónico?
- ¿Tienes un problema de salud mental?
- ¿Tienes un proveedor de salud mental?

- ¿Es a largo plazo? **SÍ** **NO**
- ¿Es a largo plazo? **SÍ** **NO**
- ¿Es a largo plazo? **SÍ** **NO**
- ¿Es a largo plazo? **SÍ** **NO**

Si es así, por favor, nombre el proveedor aquí.:

**Miembro del hogar (niño 6)**

YES NO

- ¿Tienes una discapacidad física?
- ¿Tienes una discapacidad del desarrollo?
- ¿Tienes un problema de salud crónico?
- ¿Tienes un problema de salud mental?
- ¿Tienes un proveedor de salud mental?

- ¿Es a largo plazo? **SÍ** **NO**
- ¿Es a largo plazo? **SÍ** **NO**
- ¿Es a largo plazo? **SÍ** **NO**
- ¿Es a largo plazo? **SÍ** **NO**

Si es así, por favor, nombre el proveedor aquí.:

**Beneficios:** Marque todo lo que corresponda

- |  |   |  |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> bonos de alimentos\$_____                         | <input type="checkbox"/> Medicaid                           | <input type="checkbox"/> Medicare                                |
| <input type="checkbox"/> Programa de Seguro de Salud para Niños del Estado | <input type="checkbox"/> Servicios Médicos de VA            | <input type="checkbox"/> WIC                                     |
| <input type="checkbox"/> Cuidado infantil de TANF                          | <input type="checkbox"/> Transporte TANF                    | <input type="checkbox"/> Otro TANF                               |
| <input type="checkbox"/> Asistencia Temporal para el Alquiler_____         | <input type="checkbox"/> Sección 8 o Asistencia de Alquiler | <input type="checkbox"/> Seguro de salud privado                 |
| <input type="checkbox"/> Seguro de salud proporcionado por el empleador    | <input type="checkbox"/> seguro de salud COBRA              | <input type="checkbox"/> Estado del seguro de salud para adultos |

**Ingreso del hogar:**

Ingreso Bruto Mensual Total (antes de impuestos): \$\_\_\_\_\_ Fuente de Ingresos: \_\_\_\_\_

**Por la presente juro y testifico que toda la información en esta solicitud es verdadera y correcta.**

**Firma del cliente**

**Fecha**

Staff Signature

Date

**BENTON AND FRANKLIN COUNTIES**  
**DEPARTMENT OF HUMAN SERVICES**

**AFIDAVIT DE CERO INGRESOS:** Complete esto solo si **no tiene ingresos**.

Yo, \_\_\_\_\_ he solicitado asistencia para vivienda. Las regulaciones del programa requieren la verificación de todos los ingresos de los hogares participantes.

Los ingresos incluyen, pero no se limitan a:

- Sueldos brutos, salarios, horas extras, comisiones, honorarios, propinas y bonificaciones
- Ingresos netos de la operación de un negocio o de alquiler de propiedad real o personal
- Intereses, dividendos y otros ingresos netos de cualquier tipo por propiedad real o personal
- Pagos periódicos recibidos de la Seguridad Social, anualidades, pólizas de seguros, fondos de jubilación, pensiones, beneficios por incapacidad o muerte y otros tipos similares de ingresos periódicos
- Pago único por el inicio retrasado de un pago periódico (excepto lo dispuesto en 24 CFR 5.609 (b)(5))
- Pagos en lugar de salarios, como indemnización por desempleo e invalidez, compensación laboral y indemnización por despido
- Asistencia pública
- Pagos de pensión alimenticia y manutención infantil (ya sea a través del sistema judicial o no)
- Sueldo regular, pago especial y asignaciones de un cabeza de familia o cónyuge que sea miembro de las Fuerzas Armadas (ya viva o no en la vivienda)
- Regalos monetarios regulares de familiares y/o amigos

He declarado durante los últimos 30 días que no tengo ingresos en este momento. No he recibido ningún ingreso desde \_\_\_\_\_ . No espero recibir ningún ingreso hasta \_\_\_\_\_.

Solicité \_\_\_\_\_ (otra ayuda financiera) el \_\_\_\_\_.

***Entiendo que cualquier tergiversación de la información o la falta de divulgación de la información solicitada en este formulario puede descalificarme de la participación en el programa y puede ser motivo para la terminación de la asistencia. ADVERTENCIA: Es ilegal proporcionar información falsa al gobierno al solicitar programas de beneficios públicos federales según la Ley de Remedios Civiles por Fraude en Programas de 1986, 31 U.S.C. §§ 3801-3812.***

Certifico que la información anterior es verdadera y correcta. También entiendo que es mi responsabilidad informar por escrito a BFDHS o la agencia concesionaria sobre todos los cambios en la composición de mi hogar o ingresos dentro de diez (10) días.

\_\_\_\_\_  
**Firma del cliente**

\_\_\_\_\_  
**Fecha**

**BENTON AND FRANKLIN COUNTIES**  
**DEPARTMENT OF HUMAN SERVICES**

**DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN DEL HRC**  
**POR FAVOR, LEA LO SIGUIENTE CON CUIDADO**

El Centro de Recursos de Vivienda (HRC) administrado por el Departamento de Servicios Humanos del Condado de Benton, está solicitando su permiso para compartir su información y registros confidenciales con el fin de proporcionarle servicios de alcance y programas que son ofrecidos por otros programas y agencias.

El único propósito de revelar esta información será para permitir al personal de la HRC, bajo la administración del Departamento de Servicios Humanos de los Condados de Benton y Franklin, brindarle los servicios externos e internos apropiados.

No se requiere que des tu consentimiento para compartir esta información confidencial y personal.

Su elegibilidad para participar en los programas de HRC no depende de su acuerdo para compartir su información confidencial y registros personales con agencias externas.

Si decides no compartir tu información confidencial y tus registros personales, incluyendo tu número de seguro social, es posible que no seas elegible para más servicios que requieran cooperación entre agencias.

La información puede ser compartida con cualquiera o todos los siguientes organismos: Conexiones de Acción Comunitaria, Centro de Consejería Lourdes, Departamento de Servicios Sociales y de Salud, Servicios de Violencia Doméstica, Hogares Familiares Elijah, El Lugar de Mi Amigo, Centro de Oportunidades para Veteranos, Comunidades en Escuelas de los Condados de Benton y Franklin, Ejército de Salvación, Autoridad de Vivienda de Kennewick y Casa Oxford.

La información divulgada a las agencias asociadas de la HRC no será divulgada nuevamente por esas agencias sin su autorización específica y consentimiento adicional.

Estoy de acuerdo en que se pueda utilizar una fotocopia de esta autorización para el propósito mencionado anteriormente.

Al firmar a continuación, autorizo al Departamento de Servicios Humanos de los Condados de Benton y Franklin a obtener información de [REDACTED] inicial y/o divulgar información a [REDACTED] inicial para compartir mi información confidencial y registros personales; esta información se compartirá con agencias asociadas en la comunidad y solo en base a la necesidad de saber.

Entiendo que mis registros están protegidos por la ley del estado de Washington y no pueden ser divulgados sin mi consentimiento por escrito, a menos que las regulaciones dispongan lo contrario.

**Este consentimiento es válido por 365 días a menos que se actualice y puede ser revocado por escrito en cualquier momento, excepto en la medida en que ya se haya tomado acción basada en esta autorización.**

\_\_\_\_\_  
**Firma del cliente**

\_\_\_\_\_  
**Fecha**

**BENTON AND FRANKLIN COUNTIES**  
**DEPARTMENT OF HUMAN SERVICES**

**POLÍTICA Y PROCEDIMIENTO DE TERMINACIÓN Y RECLAMACIONES**

El BFDHS, a su sola discreción, puede expulsar a los participantes del programa por violaciones de las Responsabilidades de la Familia/Cliente, el Acuerdo de Ocupación del Programa o estas políticas y procedimientos. La terminación de dichos servicios es decisión del BFDHS, respectivamente. La violación reiterada de las reglas u obligaciones del programa socava el funcionamiento del programa y constituye un abuso del programa por parte del cliente. La asistencia del cliente puede ser terminada si no toma medidas correctivas después de un incidente documentado de violación del programa. Antes de la terminación del participante, el BFDHS dará un aviso por escrito al participante del programa. Este aviso incluirá la(s) razón(es) para la terminación. El cliente tiene derecho a apelar esta decisión utilizando el procedimiento de quejas a continuación; se proporcionará una copia firmada al cliente y se mantendrá en el archivo del cliente. El BFDHS enviará un Aviso de Terminación de la Tenencia al participante con la fecha efectiva de la terminación.

Paso 1: Si tiene una queja, por favor tráigala a la atención del personal. Se intentará resolver el problema de inmediato.

Paso 2: Si el problema no se puede resolver directamente con el personal, por favor presente su queja por escrito a: Coordinador de Quejas de BFDHS, 7102 W. Okanogan Place, Ste. 201, Kennewick, WA 99336. Recibirá una respuesta a su queja por escrito dentro de 3 (tres) días hábiles.

Paso 3: Si aún no está satisfecho con los resultados, por favor envíe una solicitud por escrito para una audiencia a: Administrador de BFDHS, 7102 W. Okanogan Place, Ste. 201, Kennewick, WA 99336.

Se programará una audiencia dentro de los 10 (diez) días hábiles posteriores a la recepción de su solicitud por escrito. Después de su audiencia, se le notificará por escrito dentro de los 5 (cinco) días hábiles sobre los resultados de la audiencia. Al firmar a continuación, reconozco que he sido informado de la Política y el Procedimiento de Quejas del Departamento de Servicios Humanos de los Condados de Benton y Franklin; se me proporcionará una copia firmada para mis registros.

---

<b>Firma del cliente</b>	<b>Fecha</b>	Iniciales del personal
--------------------------	--------------	------------------------

**INCUMPLIMIENTO**

**CADA UNA DE LAS SIGUIENTES CONSTITUYE UNA INCUMPLIMIENTO DEL PROGRAMA**

1. Faltar a citas programadas sin mostrar una buena causa
2. No seguir el plan de estabilidad de vivienda y/o metas y objetivos
3. No proporcionar información sobre cambios en el hogar y/o ingresos dentro de los 10 (diez) días a partir del cambio
4. Violación del acuerdo de alquiler/contrato
5. No pago de la parte del alquiler del inquilino
6. Falta de contacto con el personal dentro de un período de 30 días
7. Persona(s) no autorizada(s) viviendo en la unidad subsidiada
8. No reportar aumento de ingresos

***LO SIGUIENTE CONSTITUYE LA TERMINACIÓN AUTOMÁTICA DEL PROGRAMA***

1. Desalojo de la unidad de alquiler con "causa"
2. Fraude
3. Abandono de la unidad de alquiler
4. Daño a la unidad de alquiler o motel
5. Negarse a los servicios de limpieza en el motel/hotel

Esta lista es solo una guía y puede no incluir todos los problemas de incumplimiento. Cada caso se manejará de manera individual y puede resultar en una(s) advertencia(s) por escrito, estado de prueba o hasta la terminación inmediata. Por favor, firme a continuación que entiende el contenido de este formulario.

---

<b>Firma del cliente</b>	<b>Fecha</b>	Iniciales del personal
--------------------------	--------------	------------------------

## Permiso de Información y Consentimiento Informado del Cliente

**IMPORTANTE:** No escriba información de identificación personal en el HMIS para clientes quienes están: 1) en agencias de DV o; 2) están actualmente huyendo o en peligro de violencia doméstica, violencia de parejas, asalto sexual o situaciones de acoso; 3) están siendo servidos en un programa que requiere que se revele su estatus de SIDA (ej. HOPWA); o 4) menores de 13 años o menos sin padres o guardián disponibles para consentir de escribir información del menor en el HMIS.

Si esto aplica a usted, **DETÉNGASE- No ponga su firma en esta forma.**

Esta agencia participa en el Sistema de Información de Manejo de Personas sin Hogar del Estado de Washington (HMIS) recolectando información, de vez en cuando sobre las características y servicios necesarios de las personas que se encuentran sin hogar. **RCW 43.185C.180 and RCW 43.185C.030**

- Para proveer los servicios más efectivos de mover personas de la condición de estar sin hogar a hogares permanentes, necesitamos un número acertado de todas las personas experimentando el vivir sin hogar en el estado de Washington. Para asegurar que los clientes no son duplicados en el conteo, necesitamos coleccionar cuatro piezas de información de identificación personal. Especialmente coleccionamos: **nombre, fecha de nacimiento, y raza/etnicidad.** Usted puede proveer también su número de Seguro Social. No obstante, no se requiere que firme esta forma. Su información será reservada en nuestra base de datos por 7 años después de la última fecha de servicio. Si tiene preguntas sobre la recolección de datos o de sus derechos con relación a su información de identificación personal. Llame al Administrador de Sistemas de la HMSI al: (360) 725-4534 o [HMIS@commerce.wa.gov](mailto:HMIS@commerce.wa.gov)
- Usamos estrictamente pólizas de seguridad designadas para proteger su privacidad. Nuestro sistema de computadoras está altamente asegurado y usa protección actualizada con características tales como cifrados de data, contraseña. Y dos factores de autenticación requeridos a cada persona que lo use. Hay un pequeño riesgo de violación de seguridad y alguien podría obtener y usar su información de forma inapropiada. Si usted sospecha que la data en HMIS ha sido abusado, comuníquese inmediatamente con el Administrador de Sistemas del HMIS al (360) 725-4534 o [HMIS@commerce.wa.gov](mailto:HMIS@commerce.wa.gov)
- La data que usted provee puede ser combinado con la data del Departamento de Servicios Sociales y de Salud del Estado de Washington (DSHS) y el Centro de Data e Investigación de Educación para los propósitos de hacer análisis más adelante. Su nombre y otra información de identificación no serán incluidas en ningún reporte o publicación. Solo un número limitado de empleados, quienes han firmado acuerdos de confidencialidad, podrán ver esta información. Su información no será usada para determinar elegibilidad en los programas del DSHS. Los administradores de sistemas del HMIS del Estado de Washington tiene total acceso de toda información en el HMIS. Esto incluye los empleados del Departamento de Comercio, designados administradores de sistemas del HMIS y proveedores de software.
- Al firmar esta forma, usted reconoce y permite que los empleados del Departamento de Comercio obtengan información adicional de otras agencias del estado de donde hay un acuerdo de compartir información (DSA) archivados entre el Departamento de Comercio y otras agencias. Nuestro DSA guía los protocolos de seguridad de almacenamiento y transferencia de datos. Si los DSA están alocados, el Departamento de Comercio está autorizado por usted para obtener, añadir al HMIS, y usar para propósito de evaluación y cualquier otra data que usted haya provisto a otra agencia del estado.
- Su decisión para participar en el HMIS no afectará la calidad o cantidad de servicios que usted ha sido elegido para recibir de esta agencia, y no será usado para negar programas, asistencias, refugio o alojamiento. Sin embargo, si usted decide participar, los servicios en la región pueden mejorar si tenemos información acertada sobre los individuos sin hogar y los servicios que necesitan. Aún más, algunos contribuyentes podrán requerir que usted acepte el proveer su información de identificación personal en HMIS para que usted pueda recibir los servicios provistos por esas contribuciones.

Entiendo las declaraciones mencionadas arriba y consiento en la inclusión de información de identificación personal en HMIS sobre mí y mis dependientes enlistados abajo, y autorizo que toda información coleccionada sea compartida con las agencias asociadas. Entiendo que mi información de identificación personal no será hecho público y solo será usado con estricta confidencialidad. También entiendo que puedo retirar mi consentimiento en cualquier tiempo llenando la hoja de "Consentimiento de Revocación del Cliente" con esta agencia. Entiendo que yo puedo obtener una copia de mi consenso firmado de esta agencia (incluyendo formas firmadas electrónicamente).

Hijos dependientes menores de 18 años en el hogar, Si hay alguno, (Favor de escribir en cursivo los nombres y apellidos):

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Firma del Cliente (Padres o Guardianes)**

**Fecha**

**Nombre del Cliente (Escriba con claridad)**

Nombre del Agente Asignado (Escriba con claridad)

Cliente rehúsa consentir \_\_\_\_\_ (Iniciales Agente asignado)

HMIS Identificador Único (opcional) \_\_\_\_\_

## Permiso de Información y Consentimiento Informado del Cliente

*gnd  
adult*

**IMPORTANTE:** No escribe información de identificación personal en el HMIS para clientes quienes están: 1) en agencias de DV o; 2) están actualmente huyendo o en peligro de violencia doméstica, violencia de parejas, asalto sexual o situaciones de acoso; 3) están siendo servidos en un programa que requiere que se revele su estatus de SIDA (ej. HOPWA); o 4) menores de 13 años o menos sin padres o guardián disponibles para consentir de escribir información del menor en el HMIS.

Si esto aplica a usted, **DETÉNGASE- No ponga su firma en esta forma.**

Esta agencia participa en el Sistema de Información de Manejo de Personas sin Hogar del Estado de Washington (HMIS) recolectando información, de vez en cuando sobre las características y servicios necesarios de las personas que se encuentran sin hogar. **RCW 43.185C.180 and RCW 43.185C.030**

- Para proveer los servicios más efectivos de mover personas de la condición de estar sin hogar a hogares permanentes, necesitamos un número acertado de todas las personas experimentando el vivir sin hogar en el estado de Washington. Para asegurar que los clientes no son duplicados en el conteo, necesitamos coleccionar cuatro piezas de información de identificación personal. Especialmente coleccionamos: **nombre, fecha de nacimiento, y raza/etnicidad.** Usted puede proveer también su número de Seguro Social. No obstante, no se requiere que firme esta forma. Su información será reservada en nuestra base de datos por 7 años después de la última fecha de servicio. Si tiene preguntas sobre la recolección de datos o de sus derechos con relación a su información de identificación personal. Llame al Administrador de Sistemas de la HMSI al: (360) 725-4534 o [HMIS@commerce.wa.gov](mailto:HMIS@commerce.wa.gov)
- Usamos estrictamente pólizas de seguridad designadas para proteger su privacidad. Nuestro sistema de computadoras está altamente asegurado y usa protección actualizada con características tales como cifrados de datos, contraseña. Y dos factores de autenticación requeridos a cada persona que lo use. Hay un pequeño riesgo de violación de seguridad y alguien podría obtener y usar su información de forma inapropiada. Si usted sospecha que la data en HMIS ha sido abusado, comuníquese inmediatamente con el Administrador de Sistemas del HMIS al (360) 725-4534 o [HMIS@commerce.wa.gov](mailto:HMIS@commerce.wa.gov)
- La data que usted provee puede ser combinado con la data del Departamento de Servicios Sociales y de Salud del Estado de Washington (DSHS) y el Centro de Data e Investigación de Educación para los propósitos de hacer análisis más adelante. Su nombre y otra información de identificación no serán incluidas en ningún reporte o publicación. Solo un número limitado de empleados, quienes han firmado acuerdos de confidencialidad, podrán ver esta información. Su información no será usada para determinar elegibilidad en los programas del DSHS. Los administradores de sistemas del HMIS del Estado de Washington tiene total acceso de toda información en el HMIS. Esto incluye los empleados del Departamento de Comercio, designados administradores de sistemas del HMIS y proveedores de software.
- Al firmar esta forma, usted reconoce y permite que los empleados del Departamento de Comercio obtengan información adicional de otras agencias del estado de donde hay un acuerdo de compartir información (DSA) archivados entre el Departamento de Comercio y otras agencias. Nuestro DSA guía los protocolos de seguridad de almacenamiento y transferencia de datos. Si los DSA están alocados, el Departamento de Comercio está autorizado por usted para obtener, añadir al HMIS, y usar para propósito de evaluación y cualquier otra data que usted haya provisto a otra agencia del estado.
- Su decisión para participar en el HMIS no afectará la calidad o cantidad de servicios que usted ha sido elegido para recibir de esta agencia, y no será usado para negar programas, asistencias, refugio o alojamiento. Sin embargo, si usted decide participar, los servicios en la región pueden mejorar si tenemos información acertada sobre los individuos sin hogar y los servicios que necesitan. Aún más, algunos contribuyentes podrían requerir que usted acepte el proveer su información de identificación personal en HMIS para que usted pueda recibir los servicios provistos por esas contribuciones.

Entiendo las declaraciones mencionadas arriba y consiento en la inclusión de información de identificación personal en HMIS sobre mí y mis dependientes enlistados abajo, y autorizo que toda información coleccionada sea compartida con las agencias asociadas. Entiendo que mi información de identificación personal no será hecho público y solo será usado con estricta confidencialidad. También entiendo que puedo retirar mi consentimiento en cualquier tiempo llenando la hoja de "Consentimiento de Revocación del Cliente" con esta agencia. Entiendo que yo puedo obtener una copia de mi consenso firmado de esta agencia (incluyendo formas firmadas electrónicamente).

Hijos dependientes menores de 18 años en el hogar, Si hay alguno, (Favor de escribir en cursivo los nombres y apellidos):

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Firma del Cliente (Padres o Guardianes)**

**Fecha**

**Nombre del Cliente (Escriba con claridad)**

Nombre del Agente Asignado (Escriba con claridad)

Cliente rehúsa consentir \_\_\_\_\_ (Iniciales Agente asignado)

HMIS Identificador Único (opcional) \_\_\_\_\_

Identificación del cliente			
NOMBRE		FECHA DE NACIMIENTO	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN
DIRECCIÓN	CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO POSTAL
NÚMERO DE TELÉFONO (INCLUYA CÓDIGO DE ÁREA)		OTRA INFORMACIÓN	



## Consentimiento Consent

**Aviso a los clientes:** El Departamento de Servicios Sociales y de Salud (DSHS, por sus siglas en inglés) puede ayudarle mejor si podemos colaborar con otras agencias y profesionales que los conocen a usted y a su familia. Al firmar este formulario usted otorga su permiso para que el DSHS y las agencias y las personas mencionadas a continuación utilicen e intercambien información confidencial referente a usted. El DSHS no puede negarle beneficios por no firmar este formulario, a menos que su consentimiento sea necesario para determinar su elegibilidad. Si no firma este formulario, el DSHS aún puede compartir información referente a usted, en la medida en que lo permite la ley. Si tiene preguntas sobre cómo el DSHS comparte información confidencial del cliente o sobre sus derechos de privacidad, consulte el aviso de prácticas de privacidad del DSHS o pregúntele a la persona que le dio este formulario.

### Consentimiento

1. Otorgo mi consentimiento para el uso de información confidencial sobre mi persona para que el DSHS pueda planificar, proveer y coordinar servicios, tratamientos, pagos y beneficios para mí, así como para otros fines autorizados por la ley. También otorgo mi permiso al DSHS y a las agencias, los proveedores y las personas que se mencionan a continuación para que utilicen mi información confidencial y la intercambien con estos fines. La información puede ser compartida verbalmente, por medios electrónicos, por correo o por entrega en mano.

**Motivo de la divulgación: Esta información es necesaria antes de que el DSHS pueda compartir registros sobre drogas y alcohol y sobre salud mental. Si no llena este campo, el DSHS registrará que el motivo de la divulgación es por solicitud de usted.**

Marque a continuación todas las personas y organizaciones incluidas en este consentimiento, además del DSHS, e identifíquelas por nombre y dirección:

- Proveedores de servicios de salud: \_\_\_\_\_
- Proveedores de servicios de salud mental: \_\_\_\_\_
- Proveedores de servicios para trastornos de consumo de sustancias: \_\_\_\_\_
- Otros proveedores contratados por el DSHS: \_\_\_\_\_
- Programas de vivienda: \_\_\_\_\_
- Distritos escolares y universidades: \_\_\_\_\_
- Departamento de Correccionales: \_\_\_\_\_
- Departamento de Seguridad del Empleo y sus socios para servicios de empleo: \_\_\_\_\_
- Administración del Seguro Social u otra agencia federal: \_\_\_\_\_
- Ver la lista adjunta
- Otro:

2. Motivo de la divulgación:  Continuidad de la atención  Legal  Personal  Otro:

3. Autorizo y consiento a que se compartan los siguientes registros e información (marque todos los que correspondan):

- Todos mis registros de cliente  Los registros en la lista adjunta
- Sólo los siguientes registros
  - Historia familiar, social y laboral
  - Planes de tratamiento o atención
  - Registros de pagos
  - Evaluaciones individuales
  - Escuela, educación y capacitación
  - Información sobre atención de salud mental (especifique):
  - Información sobre servicios de salud (especifique):
  - Otros (indicar):

Identificación del cliente		
NOMBRE	FECHA DE NACIMIENTO	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN
<p><b>Recuerde:</b> Si sus registros de cliente incluyen cualquiera de la siguiente información, debe además llenar esta sección para incluir estos registros:</p> <p>Otorgo mi permiso para divulgar los siguientes registros (marque todos los que correspondan):</p> <p><input type="checkbox"/> Salud mental      <input type="checkbox"/> Resultados de pruebas, diagnósticos y tratamientos de VIH/sida y ETS</p> <p><input type="checkbox"/> Trastorno de consumo de sustancias</p>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Este consentimiento es válido por un año o <input type="checkbox"/> hasta _____ (fecha o suceso).</li> <li>• Puedo revocar o cancelar este consentimiento por escrito, en cualquier momento, pero eso no afectará ninguna información ya compartida.</li> <li>• Entiendo que los registros compartidos bajo este consentimiento podrían ya no estar protegidos por las leyes de privacidad que se aplican al DSHS.</li> <li>• Una copia de este formulario es válida para dar mi permiso para compartir registros.</li> </ul>		
FIRMA		FECHA
FIRMA DEL TESTIGO / NOTARIO, SI CORRESPONDE	NOMBRE EN LETRA DE MOLDE DEL TESTIGO / NOTARIO	FECHA
FIRMA DEL PADRE/LA MADRE U OTRO REPRESENTANTE (SI CORRESPONDE)	NÚMERO DE TELÉFONO (INCLUYA CÓDIGO DE ÁREA)	FECHA
<p>Si no soy la persona a la que se refieren los registros, tengo autorización para firmar dado que soy: (anexar comprobante de autoridad)</p> <p><input type="checkbox"/> Padre/Madre      <input type="checkbox"/> Tutor legal (adjuntar orden judicial)      <input type="checkbox"/> Representante personal      <input type="checkbox"/> Otro:</p>		

**Aviso a los destinatarios de información:** Si estos registros contienen información sobre VIH, ETS o sida, es posible que ya no pueda difundir dicha información sin el permiso específico del cliente. Si ha recibido información relacionada con **abuso de drogas o alcohol** por parte del cliente, debe incluir la siguiente declaración cuando se divulgue más información de acuerdo a 42 CFR 2.32:

Esta información ha sido divulgada a usted desde registros protegidos por las leyes de confidencialidad federales (42 CFR parte 2). Las Leyes federales le prohíben divulgar a su vez esta información a menos que la divulgación adicional esté expresamente permitida por el consentimiento escrito de la persona a la que le pertenece o que de otra manera esté permitido por 42 CFR parte 2. Una autorización general para la divulgación de información médica o de otro tipo NO es suficiente para este propósito. Las leyes federales restringen cualquier uso de esta información para investigaciones criminales o para llevar a juicio a cualquier paciente que consuma drogas o alcohol.

**BENTON AND FRANKLIN COUNTIES**  
**DEPARTMENT OF HUMAN SERVICES**

**AUTORIZACIÓN PARA SOLTAR INFORMACIÓN**

**Apellido del solicitante**

(por favor imprime)

**Nombre de pila**

**M.I.**

**Fecha de nacimiento**

Por la presente, autorizo al Departamento de Servicios Humanos de los Condados de Benton y Franklin a proporcionar información a las siguientes agencias con el propósito de verificar el alquiler, la colocación residencial, problemas de gestión de bienes o metas de estabilidad de vivienda directamente relacionadas con la participación en el Programa de Vivienda del BFDHS.

<b>Agency Name</b>	<b>Contact Person</b>	<b>Address</b>	<b>Phone Number</b>	<b>Fax Number</b>
<b>Kennewick Housing Authority</b>	<b>*anyone at KHA</b>	<b>1915 W 4<sup>th</sup> Place Kennewick, Wa 99336</b>	<b>509.586.8576</b>	<b>509.582.7544</b>
<b>Pasco Housing Authority</b>	<b>*anyone at PHA</b>	<b>2505 W Lewis St Pasco, Wa 99301</b>	<b>509.547.3581</b>	<b>509.547.4997</b>

Esta solicitud y autorización se aplica a (marque los elementos)

- Hoja de cara                       Médicos                       Planes de tratamiento  
 Evaluación psiquiátrica            Notas de progreso            Admisión inicial  
 Resumen de alta                       Uso de medicamentos e información relacionada

**X Otro (Especifique): Vivienda**

Entiendo que mis registros están protegidos por la ley del estado de Washington y no pueden ser divulgados sin mi consentimiento por escrito, a menos que se disponga lo contrario en la normativa. **Esta autorización es válida por 365 días a menos que se actualice y puede ser revocada por escrito en cualquier momento, excepto en la medida en que se hayan tomado acciones basadas en esta autorización.**

**Firma del cliente/Representante autorizado** (relación con el cliente)

**Fecha**

Firma del personal

Fecha

Screening Tool

<b>Número de teléfono</b>					
<b>Última dirección permanente conocida</b>					
<b>Duración de la estancia en la dirección anterior</b>	<input type="checkbox"/> 1 noche <input type="checkbox"/> 2-6 noches <input type="checkbox"/> 1 semana o menos <input type="checkbox"/> menos de un mes <input type="checkbox"/> 30-90 días <input type="checkbox"/> 90 días-1 año <input type="checkbox"/> 1 año o más				
<b>Número de personas en el hogar</b>		<b>¿Recibes:</b>	<input type="checkbox"/> Medicaid <input type="checkbox"/> Seguro Estatal <input type="checkbox"/> Cupones de Alimentos		
<b>Ingreso Mensual Bruto</b>	\$	<b>Fuente de Ingresos:</b>			
<b>Nombre</b>	<b>Fecha de nacimiento</b>	<b>Género</b>	<b>Carrera</b>	<b>Etnicidad Hispánica (H) o No Hispánica (N)</b>	<b>número de segura social</b>

Por favor, marque la casilla que refleje su situación de vivienda actual.

<b>(A) Situaciones de personas sin hogar</b>	<b>(C) Situaciones Institucionales</b>	<b>(E) Viviendas Transitorias y Permanentes</b>
<input type="checkbox"/> Lugar no destinado para vivienda <input type="checkbox"/> Refugio de emergencia (incluyendo hotel/motel pagado con un voucher de emergencia) <input type="checkbox"/> Quedándose en la habitación, apartamento o casa de un familiar <input type="checkbox"/> Quedándose en la habitación, apartamento o casa de un amigo Duración de la estadía en la situación de vivienda: <input type="checkbox"/> 1 noche <input type="checkbox"/> 30-90 días <input type="checkbox"/> 2-6 noches <input type="checkbox"/> 90 días-1 año <input type="checkbox"/> 1 semana o menos <input type="checkbox"/> 1 año o más <input type="checkbox"/> menos de un	<input type="checkbox"/> Hogar de crianza casa hogar <input type="checkbox"/> Hospital u otro centro residencial médico no psiquiátrico <input type="checkbox"/> Cárcel, prisión o centro de detención juvenil <input type="checkbox"/> Instalación de atención a largo plazo o asilo de ancianos <input type="checkbox"/> Hospital psiquiátrico u otro centro psiquiátrico <input type="checkbox"/> Instalación de tratamiento de abuso de sustancias o centro de desintoxicación	<input type="checkbox"/> Hotel/motel pagado sin cupon de emergencia <input type="checkbox"/> Propiedad del cliente, sin subsidio en curso <input type="checkbox"/> Propiedad del cliente, con subsidio en curso <input type="checkbox"/> Vivienda permanente (más allá de Realojamiento Rápido) para personas que han estado sin hogar <input type="checkbox"/> Alquiler por parte del cliente, sin subsidio en curso <input type="checkbox"/> Alquiler por parte del cliente, con subsidio VASH <input type="checkbox"/> Alquiler por parte del cliente, con otro subsidio de vivienda en curso <input type="checkbox"/> Proyecto residencial o casa de medio camino sin criterios de falta de hogar <input type="checkbox"/> Vivienda transicional para personas sin hogar (incluyendo jóvenes sin hogar)
<b>(B) Fecha en que te volviste sin hogar: ¿Cuántas veces has estado en situación sin hogar en los últimos 3 años?</b> <input type="checkbox"/> Una vez <input type="checkbox"/> Dos veces <input type="checkbox"/> Tres veces <input type="checkbox"/> Cuatro veces o más Número total de meses en situación de calle: <input type="checkbox"/> Un mes o menos <input type="checkbox"/> 2-12 meses # de meses: _____ <input type="checkbox"/> Más de 12 meses	<b>(D) ¿Tienes un aviso de desalojo?</b> <input type="checkbox"/> 20 días <input type="checkbox"/> 14 días	

(F)	Sí	No	Explicación/notas
¿Niños de 12 años o menos en el hogar?			
¿Personas mayores de 55 en el hogar?			
¿Alguien en el hogar tiene una discapacidad física? ¿Está recibiendo SSI o ABD? Si es así, explique.			
¿Alguna persona en el hogar tiene una discapacidad del desarrollo? Si es así, explique.			
¿Alguna persona en el hogar tiene una condición de salud crónica? ¿Está recibiendo SSI o ABD? Si es así, explique.			
¿Alguien en el hogar tiene una condición de salud mental diagnosticada por la que está recibiendo tratamiento? ¿Están involucrados en servicios de salud mental? Si es así, explique.			
¿Alguien en el hogar tiene un problema con las drogas? <input type="checkbox"/> ¿un problema con el alcohol? <input type="checkbox"/> ¿un problema tanto con el alcohol como con las drogas? ¿Están recibiendo tratamiento?			
Huyendo de la violencia, agresión sexual, acoso, etc.			Última ocurrencia:
¿Alguien en su hogar ha servido en las fuerzas armadas de EE. UU.?			Sucursal:                      Fechas de servicio: Estado/caracter de alta:

**Notas: Utilice este espacio para agregar cualquier información adicional que pueda ser relevante para su situación de vivienda actual.**

¿Podemos consultar sus beneficios con DSHS e ingresar su información en nuestra base de datos?  Sí  No

Firma del cliente

Nombre del cliente

Fecha

**BENTON COUNTY**  
**DEPARTMENT OF HUMAN SERVICES**

Plan de Estabilidad de Vivienda y Subsidios

HMIS # \_\_\_\_\_

Nombre:			
Dirección Actual:			
Tiempo de permanencia en la dirección actual:		Tamaño de familia:	
Solicitado a la Autoridad de Vivienda de Kennewick	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Solicitado a la Autoridad de Vivienda de Pasco	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>

\*Si el cliente es elegible y no ha solicitado al menos una autoridad de vivienda, esto debe ser un objetivo.

<b>Metas y pasos de vivienda:</b>	<b>Fecha de finalización:</b>
<b>1) Mantener una vivienda estable.</b>	
a)	
b)	
c)	
<b>2) Otro:</b>	
a)	
b)	
c)	

**Subsidio**

Fecha \_\_\_\_\_ Subsidio del 100% \_\_\_\_\_  
 Fecha \_\_\_\_\_ Subsidio graduado \_\_\_\_\_  
 Fecha \_\_\_\_\_ Subsidio graduado \_\_\_\_\_  
 Fecha \_\_\_\_\_ Subsidio graduado \_\_\_\_\_

Mi firma a continuación indica mi acuerdo y compromiso con este Plan de Vivienda. Reconozco que con mi consentimiento, mi Administrador de Caso puede revisar este plan de vivienda con el tiempo.

Firma del cliente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Firma del personal de BFDHS: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

## Formulario de Autodeclaración del Subsidio de Personas Sin Hogar Consolidado

Complete este formulario para documentar el estado de vivienda o ingresos, cuando sea aplicable.

- Hogar sin techo – En la narrativa incluye información sobre la residencia principal de la casa durante la noche (donde duermen la mayor parte del tiempo) y si están saliendo de un sistema de cuidado, la narrativa también debe incluir información sobre la falta de hogar antes de la entrada en el sistema de cuidado.

Si está huyendo de la violencia, indique en la narrativa "huyendo de la violencia". No se requiere información adicional.

- En Riesgo de Desalojo - Consulte el Formulario de Verificación de Elegibilidad del Hogar y Recertificación de Ingresos para obtener información que debe incluirse en la narrativa según la situación de vivienda.
- Hacinamiento Crónico – *El cliente debe certificar que está en situación de hacinamiento crónico. \*Además, el administrador del caso debe proporcionar documentación escrita sobre la situación de vida y la duración/frecuencia, y los pasos dados para obtener la evidencia estándar permitida para el hacinamiento crónico. Esta documentación adicional debe estar en el archivo del cliente.*
- Ingresos – *En la narrativa, incluya detalles sobre la fuente de ingresos, el monto de ingresos y la frecuencia de ingresos. Además, el administrador de casos debe documentar los intentos de obtener verificación escrita y verbal. Esta documentación adicional debe estar en el expediente del cliente.*
- Sin ingresos: indique en la narrativa "sin ingresos."

Nombre del cliente	
HMIS Client Identifier	
Fecha	
narrativa	
Firma del cliente	

**Hacinamiento crónico\*** (ver documentación adicional requerida del administrador de casos arriba)

<b>Atestación del Cliente</b>	
Yo, _____, he experimentado estar sin hogar durante los últimos 12 meses en los que viví en un lugar no destinado para la habitación humana o en un refugio de emergencia, o en al menos cuatro ocasiones separadas en los últimos tres años, estuve sin hogar durante un total de al menos 12 meses.	
Firma del cliente	
Firma del Gerente de Caso	



**Benton & Franklin Counties**  
**Dept. of Human Services**  
**7102 W. Okanogan Pl., Ste. 201**  
**Kennewick, WA 99336**  
Phone: (509) 783-5284  
Fax: (509) 783-5981

## **Notificación del Procedimiento de Quejas de Habitabilidad**

Si tiene una queja sobre la seguridad o habitabilidad de la casa/apartamento/unidad en la que vive, por favor notifique nuestra oficina de inmediato.

**Paso Uno:** Notifíquenos por escrito la naturaleza de su queja. Por favor, incluya fechas y una descripción detallada de sus preocupaciones.

**Paso Dos:** Nuestra oficina se pondrá en contacto con el propietario dentro de 7 días hábiles respecto a su queja/preocupación y le pedirá que programe una inspección obligatoria de los estándares de habitabilidad de vivienda o una inspección de los estándares de calidad de vivienda. Coordinaremos la inspección con usted y el propietario. Si no se necesita una inspección y una llamada telefónica resolverá este asunto, su administrador de casos lo anotará en su archivo.

\_\_\_\_\_ por favor tenga en cuenta que esto no afectará su elegibilidad para el programa de vivienda. Iniciales del cliente

**Paso Tres:** Usted y su arrendador recibirán una copia de la inspección de vivienda junto con una carta que determina los resultados de la inspección. Si el arrendador no cumple con nuestros estándares de vivienda, lo pondremos en una nueva búsqueda de vivienda.

Si tienes alguna pregunta, no dudes en preguntar a nuestro personal.

**Firma del cliente:** \_\_\_\_\_

**Fecha:** \_\_\_\_\_

Firma del personal: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

## Subsidio consolidado para personas sin hogar

### Certificación de la obligación de pago/Posible desalojo por parte de un amigo o familiar

Situación habitacional del cliente (marque una opción)	
El solicitante vive con un amigo o familiar, y está en situación de desalojo <i>Complete todas las secciones a continuación.</i>	El solicitante está en proceso de mudarse con un amigo o familiar <i>Complete las secciones 1 a 5 a continuación.</i> Fecha de la mudanza: _____

1. Información del cliente			
Nombre			
Teléfono		Correo electrónico	
Dirección actual o futura del solicitante			
Calle			
Ciudad		Estado/Código postal	
2. Información del propietario			
Nombre			
Teléfono		Correo electrónico	
Dirección a la que se debe enviar el pago del alquiler			
Calle			
Ciudad		Estado/Código postal	
3. Información sobre el alquiler y el pago			
Fecha de finalización del acuerdo <input type="checkbox"/> _____ (ingrese la fecha) <b>O</b> Acuerdo de mes a mes <input type="checkbox"/>			
Monto de pago requerido			
<b>Pagos atrasados</b>			
Alquiler	Monto total atrasado		
	Meses cuyos pagos están atrasados		
Servicios	Monto total atrasado		
	Meses cuyos pagos están atrasados		
<b>Actual o anticipado</b>			
Alquiler	Monto mensual		
Servicios	Monto mensual		
Complete la siguiente sección para los pagos de servicios			
Proveedor del servicio			
Número de cuenta			
4. Certificación del cliente			
Certifico que la información provista anteriormente es verdadera y precisa según mi leal saber y entender.			
<i>Firma del cliente</i>	<i>Fecha</i>		
5. Certificación del propietario			
Certifico que aceptaré el/los pago(s) mencionado(s) anteriormente a cambio de proporcionar alojamiento al solicitante. No me dedico al negocio de alquiler de inmuebles tal como se define en la <a href="#">Ley del arrendador y el arrendatario</a> (Landlord Tenant Act), pero brindo alojamiento seguro y habitable.			
<i>Firma del propietario</i>	<i>Fecha</i>		
6. Certificación de desalojo por parte del amigo o familiar <i>(solo para los clientes que serán desalojados)</i>			
Certifico que desalojaré al solicitante dentro de los próximos 14 días si no recibo el/los pago(s) mencionado(s) anteriormente.			
<i>Firma del amigo o familiar</i>	<i>Fecha</i>		

## Subsidio consolidado para personas sin hogar Formulario de certificación de los estándares de habitabilidad del arrendador

Dirección de la propiedad en alquiler \_\_\_\_\_

Nombre de cliente o inquilino \_\_\_\_\_

Yo, en mi calidad de arrendador/propietario/subarrendador o representante designado de la propiedad cuya dirección se mencionó anteriormente, certifico que la unidad cumple con lo establecido en la Ley del arrendador y el arrendatario (Landlord Tenant Act), Código Revisado de Washington (Revised Code of Washington, RCW) 59.18.060 que se adjunta. No cumplir con la ley estatal puede provocar la interrupción de los pagos de la asistencia para el alquiler.

¿Cuándo se construyó la unidad en alquiler?

- Antes de 1978  
 En 1978 o después

Completé un informe sobre el estado de la vivienda al momento de la mudanza (al ingresar o al salir).

- Sí. Iniciales: \_\_\_\_\_  
 No\*

Firma del arrendador o propietario \_\_\_\_\_

Nombre del arrendador o propietario en letra de imprenta \_\_\_\_\_

Teléfono \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_

**(Ingrese el nombre de su agencia aquí) se reserva el derecho de realizar una inspección visual de cualquier unidad por la que se reciban pagos de asistencia para el alquiler, con el objetivo de asegurar el cumplimiento de esta certificación; también se reserva el derecho de realizar una inspección para detectar pintura a base de plomo en aquellos casos en los que la composición familiar cambie y un niño de 6 años o menos viva en el hogar.**

\*Tenga en cuenta que, para recibir el reembolso establecido en el [RCW 43.31.605](#), el Programa de mitigación del arrendador requiere que se complete un informe sobre el estado de la vivienda al momento de la mudanza (al ingresar o al salir). Para obtener más información, visite <https://commerce.wa.gov/landlordfund>.