



PROCEDIMIENTO DE SOLUCIONES DE VIVIENDA PARA EL DESALOJO/ ASISTENCIA DE DEPOSITO

Community Action Team, Inc. tiene fondos muy limitados para ayudar a los clientes que solicitan asistencia financiera para vivienda. Constantemente estamos buscando fondos para proveer asistencia financiera para vivienda y energía. **Nuestra regla es proporcionar asistencia financiera con los fondos disponibles, basados en quien llega primero, con base en los siguientes criterios:**

Elegibilidad del cliente:

- La mayoría de los programas requieren que el solicitante sea un residente establecido del condado de Columbia por 6 meses o más.
- Debe probar que tiene capacidad para permanecer económicamente en la vivienda actual (No contamos la ayuda financiera de estudiante como un ingreso).
- Debe cumplir con los requisitos de ingreso.
- Debe estar sin hogar o en riesgo de quedar sin hogar/desamparado.
- Debido a las restricciones de fondos las soluciones de vivienda (Housing Solutions) no ayudará con; ocupación de una habitación individual(roommate), casa de rehabilitación o alquiler con la opción de compra.

Proceso de Admisión:

- El personal de CAT revisará la solicitud, determinara la elegibilidad y notificará al solicitante la aprobación o denegación dentro de un periodo de 7 días hábiles. Durante este periodo por favor este en contacto con su propietario y hacer los arreglos de pago.
- Si es elegible, toda la documentación debe de ser enviada. Cualquier pago de asistencia de alquiler de CAT será enviado directamente a su propietario, solo si el propietario está dispuesto a trabajar con el inquilino y CAT.
- El personal de CAT no dirigirá a los clientes a ningún apartamento, casa, dúplex o propiedades particulares. Podemos hacer sugerencias basadas en la elegibilidad de ingresos o en necesidades/barreras de hogar. Es la responsabilidad del cliente encontrar una vivienda adecuada que se adapte a sus necesidades.

Servicio para Clientes y/o con Impedimentos Auditivos:

Servicios de retransmisión de Oregón es un servicio de audición para personas sordas y/o con impedimentos auditivos por teléfono.

TTY/Voz 1-800-735-2900

Horario: 8:30 a.m. a 12:30 p.m.-1:30 p.m. to 5 p.m.

Para usar este servicio, marque el número indicado anteriormente. De al agente el número que desea llamar y el o ella permanecerá en la línea para retransmitir la conversación

2017 Guía de Ingresos:

# HH miembros	1 persona	2 personas	3 personas	4 personas	5 personas	6 personas	7 personas	8 personas
30%	\$15,700	\$17,950	\$20,200	\$22,400	\$24,200	\$26,000	\$27,800	\$29,600

Algunos fondos disponibles para clientes con ingresos superiores al 30% con la aprobación del supervisor.

Al firmar estos formularios, declaro que la información es verdadera, entiendo que si recibo servicios a los que no tengo derecho debido a dar información falsa puedo ser multado, pasar un tiempo en la cárcel y evitar que me ayuden en el futuro.

Nombre

Firma

Fecha

Solamente para el uso de la oficina

Intake/CAT Staff:

- Heather Johnson 503-366-6559
- Melissa Kyles 503-366-6561
- Cheryl Nicholson 503-366-6591
- Rebekah Ausmus 503-366-6558

How/when was initial intake done?

- CAT Office Intake
- Phone/Email
- Client Home

Other: _____

Date contacted ____/____/____

CM Funds Used:

- EHA RR
- EHA HP
- EHA HP Doubled-up
- New SHAP

Pending Assistance:

Unable to Assist:

- Zero Income
- Not a Columbia County resident for 6 months or longer.
- Income not enough to sustain household at current residence.

Other:

Referrals:

- ___ DHS (Food Stamps/TANF/APD 503-397-1784)
- ___ DV Ruthanne Center (503-397-5784)
- ___ Energy Assistance (503-397-3511)
- ___ Healthy Families (Sunday Kamppi 503-366-0800)
- ___ Oregon Law Center (Holly 503-397-1628)
- ___ Tenant Landlord Hotline (1-877-296-4076)
- ___ Food Bank (St. Helens 503-397-9708, Scappoose 503-543-7495, Rainier 503-556-0701, Clatskanie 503-728-3126, Vernonia 503-429-1414)
- ___ Mental Health (CCMH 503-397-5211, Medicine Wheel 503-396-5322)
- ___ Pacific Northwest Works (503-397-6495)
- ___ Mortgage Foreclosure (503-366-6562)
- ___ OTAP (1-800-848-4442), Assurance Phone (1-888-321-5880)
- ___ Parole and Probation (503-397-6253)
- ___ Pregnancy Center (503-397-6047)
- ___ Public Health (503-397-4651)
- ___ Section 8 (NOHA 1-800-927-9275)
- ___ Shelter-Community House on Broadway (360-425-8679)
- ___ Self Help Housing (503-366-6550)
- ___ Senior Services (503-366-6542)
- ___ Subsidized Housing (Woodland Trails 503-397-4938, Sol Havn 503-728-3169)
- ___ Senior Subsidized Housing (Columbia Hills 503-397-6131, The Victorian 503-987-1842)
- ___ Transitional Housing (Sheriff Department 503-397-6253)
- ___ Unemployment Office (503-397-4995)
- ___ Vocational Rehab (503-366-8383)
- ___ Weatherization (Carmen 503-366-6587)
- ___ WIC (503-397-4651)
- ___ SAFE (503-397-6161)
- ___ Community Meals (Lutheran Church) Tuesday & Thursday
- ___ Warming Shelter
- ___ OHP (Public Health 503-397-4651, Medicine Wheel 503-396-5322)
- ___ Other _____

Task List:

1. _____ Completion date: _____
2. _____ Completion date: _____
3. _____ Completion date: _____
4. _____ Completion date: _____

Evaluación de Admisión para Soluciones de Vivienda

 Nombre, Segundo Nombre y Apellido	Relación con el jefe de familia	Edad	F/D/N MM/DD/AA	Número de Seguro Social	Sexo	Militar (S/N)	Idioma (I,E,)	Educación (K-12/12+)	Discapacitado? (S/N)	Embarazada? (S/N)	Hispano o Latino? (S/N)	Raza				Beneficios Públicos									
												Afroamericano/N. de Alaska	Asiático (S/N)	Nat. Hawaiano/ P.Islander (S/N)	Blanco (S/N)	No se/ Rechazado (S/N)	Cupones de Comida/SNAP (S/N)	Seguro de salud estatal (S/N)	Medicaid (S/N)	Medicare (S/N)	Medical de Veterano(S/N)	Otro Seguro de Salud (S/N)	TANF Asistencia temp.(Y/N)	WIC (S/N)	
	Ustd.																								

Sirvió en el Servicio Militar:

Info. Actual de Vivienda

Sin Hogar Código Postal: _____
 Hospedado/En riesgo de perder vivienda.
Qué tan inmediato es el riesgo de perder su vivienda?
 Menos de 7 días 15-30 Días
 7-14 Días Más de 30 días
 Huyendo de violencia domestica
Violencia Domestica? SI No
Si, cuanto tiempo? _____

Dónde te quedaste anoche? Marque solo uno):

<input type="checkbox"/> Refugio de emergencia	<input type="checkbox"/> Viviendas Transitorias
<input type="checkbox"/> Renta (no subsidio)	<input type="checkbox"/> Unidad de tratamiento de abuso de sustancias
<input type="checkbox"/> Renta c/subsidio	<input type="checkbox"/> Carro,Calle,Campamento (Circule 1)
<input type="checkbox"/> Quedando/Viviendo con amigos	<input type="checkbox"/> Quedando/Viviendo con Familia
<input type="checkbox"/> Casa Propia	<input type="checkbox"/> Casa propia c/ subsidio
<input type="checkbox"/> Hospital (No psiquiátrico)	<input type="checkbox"/> Hotel/Motel
<input type="checkbox"/> Hospital psiquiátrico/Instalaciones	<input type="checkbox"/> Asilo de ancianos
<input type="checkbox"/> Hogar de crianza/Hogar de grupo	<input type="checkbox"/> Carcel,Prisión o Detención Juevenil
<input type="checkbox"/> Otro _____	

Duración de la estancia

Un día o menos
 2 días a 1 semana
 más de 1
 Semana/Menos de 1 mes
 1 a 3 meses
 4 a 12 meses
 1 año o más

Información de Contacto del Hogar:

Teléfono: _____ Mensaje Cell Casa
Correo Electrónico: _____@_____.com
Dirección : _____ Ciudad: _____ Estado: _____ C. post: _____
Dirección 2: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ C.post: _____

Tipo de Hogar:

Dos padres
 soltera
 Co-Habitante
 Madre Soltera
 Familia Extendida
 Padre Soltero
 Casado sin Hijos
 Jovenes sin un Adulto

➤ Por favor denos un breve resumen sobre su situación de vivienda y su plan de estabilidad:

➤ Cuánto tiempo ha sido residente en el condado de Columbia? _____

➤ A estado trabajando con alguien para recibir ayuda con su vivienda en los últimos 12 meses?

<u>Quién:</u>	<u>Cantidad recibida este mes:</u>
Familia:	
Amigos:	
Nombre de la Iglesia: _____	
Otro:	

No hay recursos, ni redes de apoyo, por ejemplo: familia, amigos, iglesia u otras redes sociales, disponibles inmediatas para evitar quedar sin hogar.

➤ En los últimos 12 meses su hogar a recibido alguna de la siguiente ayuda de Community Action Team.

HSP United Way SSVF ESFP ESG Faith Based Referral

➤ Si no tiene hogar :

Que causo que te quedaras sin hogar?

1. Cliente que entra desde las calles, refugio de emergencia o refugio seguro? Si No

Fecha aproximada en que se quedó sin hogar ____/____/____.

Tiempo que estuvo sin hogar (documentado)? Si No

2. Número de veces que el cliente ha estado sin hogar en los últimos tres años-

1 2 3 4 o más NS Me Niego

Si 4 o más, número total de meses sin hogar en los últimos 3 años - _____

3. Número de meses continuamente sin hogar en las calles, refugio de emergencia o refugio seguro en los últimos tres meses. _____

RECURSOS:

<u>FUENTES DE INGRESOS</u>	<u>CANTIDAD MENSUAL:</u>	<u>P. QUE RECIBE:</u>
___ Sin ingresos.		
___ Desempleo.....	\$ _____	_____
___ Empleo.....	\$ _____	_____
___ Cupones de comida.....	\$ _____	_____
___ TANF.....	\$ _____	_____
___ SSI.....	\$ _____	_____
___ SSDI.....	\$ _____	_____
___ Social Security.....	\$ _____	_____
___ Child Support.....	\$ _____	_____
___ Pensión.....	\$ _____	_____
___ Pensión de Veterano.....	\$ _____	_____
___ Beneficios para Viudas.....	\$ _____	_____
___ Fondo Fiduciario	\$ _____	_____
___ Pensión Alimenticia.....	\$ _____	_____
___ Compensación de trabajadores...	\$ _____	_____
___ Beneficios tribales.....	\$ _____	_____
___ Contribuciones de la familia.....	\$ _____	_____
___ Prestamo para estudiante.....	\$ _____	_____
___ Seguro de Accidentes.....	\$ _____	_____
___ Subsidio de Alquiler.....	\$ _____	_____
Ingreso Mensual Total	\$ _____	_____

GASTOS:

<u>ARTICULO</u>	<u>ACTUAL/CUENTAS ATRASADAS</u>
___ Renta.....	\$ _____ \$ _____
___ Depósito de Seguridad....	\$ _____ \$ _____
___ Pago de Hipoteca.....	\$ _____ \$ _____
___ Electricidad.....	\$ _____ \$ _____
___ Gas Natural.....	\$ _____ \$ _____
___ Teléfono/Tel. Cell.....	\$ _____ \$ _____
___ Internet.....	\$ _____ \$ _____
___ Agua/Alcantarilla.....	\$ _____ \$ _____
___ Basura.....	\$ _____ \$ _____
___ Comida.....	\$ _____ \$ _____
___ Cuidado de Niños.....	\$ _____ \$ _____
___ Pago de automóvil.....	\$ _____ \$ _____
___ Seguro de Auto	\$ _____ \$ _____
___ Gasolina.....	\$ _____ \$ _____
___ Reparación de Automóvil	\$ _____ \$ _____
___ Child Support.....	\$ _____ \$ _____
___ Artículos para el hogar ..	\$ _____ \$ _____
___ Lavandería.....	\$ _____ \$ _____
___ Cable TV.....	\$ _____ \$ _____
___ Seguro de Salud.....	\$ _____ \$ _____
___ Cigs/Alcohol.....	\$ _____ \$ _____
___ Facturas Medicas.....	\$ _____ \$ _____
___ Medicinas.....	\$ _____ \$ _____
___ Pagos de Corte.....	\$ _____ \$ _____
___ Tarjetas de Crédito.....	\$ _____ \$ _____
___ Unidad de Almacenamiento...	\$ _____ \$ _____
___ OTRO _____	\$ _____ \$ _____
\$ _____	\$ _____

Revise todas las barreras que aplican a la familia:

	√ (si aplica)	Nombre:
Discapacidad Física	_____	_____
Incapacitado Mentalmente	_____	_____
Discapacidad de Desarrollo	_____	_____
Abuso de Alcohol	_____	_____
Abuso de Drogas	_____	_____
Estado de salud crónico	_____	_____
HIV Positivo	_____	_____
Falta de alquiler/hipoteca	_____	_____
No dinero para el depósito	_____	_____
No recursos para guardería	_____	_____
Animales de Compañía _____	Tipo: _____	
Debe dinero al propietario anterior	_____	
Daños a alquiler pasado	_____	
Desalojo/últimos 10 Años	_____	
Ejecución Hipotecaria	_____	
Bancarrota/últimos 10 Años	_____	
Convicto por Drogas	_____	
Condenas por Delitos Menor	_____	
Delincuente Sexual	_____	
Condena por Delito grave/últimos 10. Años	_____	
Delito de Robo	_____	
Convicto de Asalto	_____	

Información del Propietario:

*Nombre del propietario:

*Teléfono del propietario:

*Dirección del propietario:

* Nuestros fondos son muy limitados y estamos obligados a utilizar todas las vías posibles cuando se trata de asistencia. Su hogar debe proporcionar una porción de los fondos para ser utilizados para el alquiler/depósito. **Cuánto tiene para ser utilizado para su alquiler/depósito?**

Cómo pagará su alquiler el próximo mes?

COMMUNITY ACTION TEAM, INC VERIFICACION DE INGRESOS
(Solo para nuevos ingresos antes de recibir el primer cheque de pago)

Nombre del Aplicante: _____ Últimos 4 dígitos de su SSN: _____

Firma del Aplicante

Fecha

Empleador: _____ Teléfono: _____ Fax: _____

Dirección del
Empleador _____ Ciudad: _____ C.Postal: _____

Solamente para el uso de la oficina

Querido Empleador:

La persona mencionada arriba está solicitando asistencia través de C.A.T. parte de los criterios para este proceso incluye la verificación de ingresos para determinar esta elegibilidad financiera del hogar. Estamos obligados por las regulaciones federales a verificar los ingresos de todos los participantes del programa. Por favor complete toda la información a continuación. Gracias por su ayuda.

Fecha de inicio del empleo: _____ Fecha de finalización del empleo: _____

Número de horas trabajadas por semana: _____ Si el número de horas es
inconsistente proporcionar horas: _____

Salario por Hora: \$ _____ o Salario bruto anual: \$ _____

Ganancias brutas acumuladas hasta la fecha: \$ _____ a partir de que fecha: _____

Número de semanas empleadas cada año: _____

Propinas, comisión, otro: Años \$ _____ Semana \$ _____ Mes \$ _____

Título del empleado, posición o tipo de trabajo: _____

Espero un cambio en mi pago: \$ _____ Fecha efectiva: _____

Firma

Fecha

Nombre

Compañía

Número de Teléfono

Opciones de Vivienda/Elegibilidad de Recursos/Documentación de Bienes

Solicitante:

Nombre: _____ Fecha: _____

- Existen redes financieras o de apoyo disponibles para su hogar que pueden ser utilizadas para ayudarles a permanecer en su vivienda actual o para obtener vivienda subsiguiente apropiada? SI NO
Si su respuesta es sí, explique a continuación:

- Alguien en el hogar tiene cuenta de cheques o de ahorros? SI NO
Si: Anote el balance de las cuenta(s) y agregue el estado de cuenta bancario de los últimos 30 días.
 Cuenta de cheques \$ _____ Cuenta de ahorros \$ _____

➤ **Bienes:**

TIPO DE BIENES	VALOR TOTAL	TASAS O PENALIDADES	VALOR EL EFECTIVO (VALOR TOTAL MENOS PENALIDADES)	INTERÉS	INGRESOS DE LOS ACTIVOS (MULTIPLICAR EL VALOR EN EFECTIVO POR TIPO DE INTERÉS)
				N/A	

A lo mejor de mi conocimiento no tengo bienes activos que reportar.

Al firmar este formulario, declaro que toda la información proporcionada a Community Action Team, Inc. Housing Solutions es verdadera y correcta. Entiendo que proporcionando información falsa, podría ser procesado en toda la medida de la ley.

Firma del Solicitante

Fecha

Personal de CAT:

Subsequent Housing Options: *Please assess with the applicant what appropriate subsequent housing options might be available to the household.*

- Are there any appropriate subsequent housing options for this household? YES NO
If yes, please explain below:

_____.

- Have you verified that no other appropriate subsequent housing options are available? (I.e. Friends/family/ hotel/motel/ other agencies) YES NO

Financial Resources and Support Networks: *Please assess with the participant all financial resources and support networks that might be available to the household.*

- Have you verified that the household lacks the financial resources and support networks to maintain housing? YES NO

Staff Signature _____ Date: _____

COMMUNITY ACTION TEAM, INC.
SOLUCIONES DE VIVIENDA
LIBERACIÓN GENERAL DE INFORMACIÓN
Y CONSENTIMIENTO DE CONFIDENCIALIDAD

Consentimiento:

Doy permiso a Community Action Team, Inc. para compartir e intercambiar información con el personal de otras agencias, nombradas a continuación con el propósito de brindarme asistencia:

Información Cubierta:

Entiendo que dependiendo de las pólizas del programa previas o actuales, puede ser necesaria información sobre mi hogar o sobre mí mismo. La verificación y las consultas que se pueden solicitar incluyen pero no se limitan a:

Identidad y Estado Civil	Empleo ingresos y Activos
Residencias y Actividad de Alquiler	Medico, Información sobre Salud Mental Y Estado de Discapacidad
Actividad Crediticia y Criminal	Seguridad Social con Fecha de Nacimiento y Estado de Discapacidad

Grupos o individuos que puedan preguntar: Los grupos o individuos a los que se puede pedir información. (Dependiendo de los requisitos del programa) incluyendo pero no se limitan a:

Propietarios Anteriores (Incluyendo (PHA's)	Administración de Seguro Social
Posibles Propietarios	Bancos y/o Instituciones Financieras
Departamento de Servicios Humanos y sus Contratistas	Médicos, Cuestiones Psicológicas o Psiquiátricas
Empleadores Pasados y Presentes	Agencias de Salud Pública
Tribunales y Libertad Condicional	Tratamiento de Alcohol y Drogas
Escuelas y Universidades	Informes crediticios y Agencias de Crédito
Agencias de la Ley/Policía	Sistema de Jubilación
Empresas de Servicios Públicos	Beneficios Federales, Estatales y/o de las Tribus Locales
Proveedores de Apoyo y Pensión Alimenticia	Bancos de Alimentos
Agencias de Acción Comunitaria (CAT agencias)	Médicos y proveedores de Cuidado Infantil
Admisión de Veteranos	Abogado/Consejero/Trabajador de Caso
Sin Hogar/DV. Albergue	Rehabilitación Vocacional (DHS)
Vivienda y Servicios Comunitarios en Oregon. (OHCS)	Autoridad de vivienda del Noroeste de Oregon (NOHA)
Otro: _____	

Notificación de Comparación de Datos y Consentimiento: Entiendo y estoy de acuerdo en que CAT, Inc. puede llevar a cabo una comparación de datos para verificar la información suministrada para mi corrección de solicitud. Si se hace una verificación de datos entiendo que tengo el derecho a una notificación de cualquier información adversa encontrada y a la oportunidad de discutir información incorrecta. CAT, Inc. puede en el desempeño de sus funciones, intercambiar información autorizada con agencias Federales, Estatales, del condado o legales, incluyendo pero no limitada a: Agencias Estatales de seguridad del empleo, departamento de defensa, oficina de administración de personal, el servicio postal de los Estados Unidos, la administración de seguridad social y agencias estatales de bienestar y agencias de cupones de alimentos; OHCS-OPUS agencias asociadas.

Condiciones: Entiendo que esta autorización no puede utilizarse para obtener información sobre mí que no sea pertinente para mi elegibilidad, y/o la participación continua en un CAT, Inc. programa de asistencia a la vivienda. Entiendo que puedo revocar este consentimiento en cualquier momento, notificando a CAT. **Nota;** (Si esto ocurre, el cliente podría escribir revocado en la parte inferior de este formulario con fecha.

Violencia Domestica: Si usted es víctima de violencia, nos da su consentimiento para compartir información en OPUS y Service Point? **Consentimiento Si o No? (Circule uno)**

***Esta publicación es válida hasta un año después la fecha firmada ***

Nombre

Nombre

Firma de un Adulto

Fecha

Firma de un Adulto

Fecha