



COMMUNITY ACTION TEAM (CAT)

PAQUETE DE ADMISIÓN/EVALUACIÓN DE SOLUCIONES DE VIVIENDA

Entrada Coordinada:

El financiamiento es limitado y la asistencia financiera no es garantizada. Para garantizar un proceso justo y equitativo, todas las solicitudes de asistencia se ingresarán a través del programa Entrada Coordinada. La Entrada Coordinada es un proceso desarrollado para garantizar que todas las personas que experimentan una crisis de vivienda tengan un proceso justo y equitativo y sean evaluadas, referidas y conectadas a la vivienda y la asistencia según sus necesidades. La información demográfica y de contacto de las personas/hogares que solicitan asistencia puede mantenerse en el programa de Entrada Coordinada por nombre hasta que con el tiempo es removida.

Elegibilidad:

- Debe probar que la familia tiene la capacidad de sostener financieramente la vivienda sin asistencia.
- Debe cumplir con los requisitos de ingresos.
- Debe estar sin hogar o en riesgo de quedar sin hogar (documentación requerida).
- Debido a las restricciones de financiamiento no ayudaremos con: ocupación de una habitación individual (roommate), casa de rehabilitación o alquiler con la opción de compra o porciones de alquiler subsidiadas.
- Debe de ser residente del Condado de Columbia. Algunas fuentes de financiación privadas pueden requerir que el solicitante sea un residente establecido del Condado de Columbia durante 6 meses o más.

Proceso de Admisión:

- Después de que se recibe la solicitud de asistencia, y se realiza una evaluación, revisión y una solicitud de información/documentación adicional, dentro de los siete (7) días hábiles posteriores a ser recibido.
- La elegibilidad se determinará dentro de los tres (3) días hábiles posteriores de recibir toda la información/documentación requerida.
- Si se niega la asistencia monetaria solicitada, se intentará una notificación verbal y un aviso por escrito que indique el motivo de la denegación. Dicho aviso contendrá una copia de la Política y Procedimiento de Quejas.

Servicios para Clientes y/o con Impedimentos Auditivos:

Oregon Telecommunication Relay es un Servicio de audición para personas sordas y/o con impedimentos auditivos por teléfono.

TTY/Voz 711 o 1-800-735-2900

Horario: 9 a.m. a 12:00pm, 1 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. Puede comunicarse directamente con la persona que contacto. Todas las llamadas e información son confidenciales.

NOTA:

- Cualquier pago de asistencia de alquiler de CAT se enviará directamente al propietario, solo si el propietario esta dispuesto a trabajar con el inquilino y CAT. El proceso de pago tomará alrededor de 7 a 14 días hábiles.
- El personal de CAT no dirigirá a los clientes a ninguna vivienda en particular. Podemos hacer sugerencias e informarle sobre opciones basadas en las necesidades/barreras del hogar pero es responsabilidad del solicitante/cliente de encontrar/seleccionar la vivienda que mejor se adapte a sus necesidades.

Entregue la siguiente documentación cuando entregue su paquete. Es posible que se requiera/solicite documentación adicional.

- 1) Identificación con Foto para todos los adultos solicitando asistencia.
- 2) Tarjetas de Seguro Social para todos en el hogar.
- 3) Comprobante de Ingresos de los últimos 30 días para el hogar (talones de cheques, carta del Seguro Social del Año actual).
- 4) Cualquier aviso dado por los propietarios, miembros de familia, etc. pertenecientes a su situación de vivienda.

****La ausencia de los formularios solicitados pueden retrasar la evaluación y la determinación de elegibilidad**

Para uso de la Oficina

CAT Staff:

- Heather Johnson 503-366-6559
- Melissa Kyles 503-366-6561
- Kayla Davis 503-366-6591
- Kristen Erickson 503-366-6558
- Lacy Chamberlain 503-366-6557
- _____

Initial Assessment type and date:

- CAT Office Phone/Email
- Outreach Other: _____
- Date contacted ____/____/____

X – Connected
R – Referred
N – Not eligible

Referrals:

- ___ Apartment List
- ___ Private Landlords
- ___ Subsidized Housing (Woodland Trails 503-397-4938, Sol Havn 503-728-3169)
- ___ Senior Subsidized Housing (Columbia Hills 503-397-6131, Victorian 503-987-1842)
- ___ CityTeam Overnight Shelter Voucher (526 Grand Ave, Portland)
- ___ Columbia Health Services (503-397-4651)
- ___ Community Meals (Lutheran Church) Tuesday & Thursday
- ___ DHS
- ___ Self Sufficiency (Food Stamps/TANF/Jobs Program 503-397-1784)
- ___ Adults and People with Disabilities (503-397-5863)
- ___ Eisenschmidt Pool Shower Pass
- ___ Energy Assistance (503-397-3511)
- ___ Food Bank (St. Helens 503-397-9708, Scappoose 503-543-7495, Rainier 503-556-0701, Clatskanie 503-728-3126, Vernonia 503-429-1414)
- ___ Healthy Families (Sunday Kamppi 503-366-0800)
- ___ Mental Health (CCMH 503-397-5211, Medicine Wheel 503-396-5322)
- ___ Mortgage/Foreclosure Assistance (503-325-8098)
- ___ OHP (Columbia Health Services 503-397-4651, Medicine Wheel 503-396-5322)
- ___ Oregon Law Center (503-397-1628)
- ___ OTAP (1-800-848-4442), Assurance Phone (1-888-321-5880)
- ___ Parole and Probation (503-397-6253)
- ___ Pregnancy Center (503-397-6047)
- ___ SAFE (503-397-6161)
- ___ Section 8 (NOHA 1-800-927-9275)
- ___ Self Help Housing (503-366-6550)
- ___ Senior Services (503-366-6542)
- ___ Shelter-Community House on Broadway (360-425-8679)
- ___ Tenant Landlord Hotline (1-877-296-4076)
- ___ Transitional Housing (Sheriff Department 503-397-6253)
- ___ Unemployment Office (503-397-4995)
- ___ Veteran Service Officer (503-366-6580) / VASH (971-200-0351)
- ___ Vocational Rehab (503-366-8383)
- ___ Warming Center (503-410-5800)
- ___ Weatherization (503-366-6552)
- ___ WIC (503-397-4651)
- ___ Work Source (503-397-6495)
- ___ Other _____

Pending Assistance:

Task List:

Unable to Assist:

- Zero income
- No contact/disappeared
- Missing documents/information
- Other: _____
- _____
- _____
- _____

Ineligible due to:

- Lack of sustainable housing plan
- Housing status
- Income exceeds eligibility
- Zero funding available
- Other: _____
- _____
- _____
- _____

1. Por favor denos un breve resumen de su situación de vivienda:

2. Asistencia Total Solicitada:

- a. ¿Cuánto solicita a Community Action Team? \$ _____
- b. ¿Cuánto tiene para destinar para su alquiler o depósito? * \$ _____
- * Nuestros fondos son muy limitados y estamos obligados a utilizar todas las vías posibles cuando se trata de asistencia. Es posible que su hogar tenga que pagar una parte de su alquiler/depósito.

3. ¿Cuánto tiempo ha sido residente del Condado de Columbia? _____

4. Complete A o B a continuación:

- a. Si no tiene Hogar:
- ¿Que causo que quedará sin hogar? _____
 - ¿Anoche se quedó en las calles, refugio de emergencia o refugio seguro? Si/No
 - Fecha aproximada que sedó sin hogar: ____/____/____
 - ¿Puede alguien documentar el tiempo que se quedo sin hogar? Yes/No
 - Número de **veces** que ha estado sin hogar en los últimos 3 años: _____
 - Si 4 o más veces, número total de **meses** que ha estado sin hogar en los últimos 3 años: _____
 - Número total de meses **sin hogar continuamente** en la calle, refugio de emergencia o refugio seguro en los últimos 3 años: _____
- b. Con vivienda:
- Fecha aproximada en que te mudaste a tu residencia actual: ____/____/____
 - Información del Arrendador
 1. Nombre del Arrendador: _____
 2. Número de Teléfono del Arrendador: _____
 3. Dirección del Arrendador: _____
 - ¿Ha recibido un aviso para desalojar su residencia actual? Si/No
 - ¿Cómo pagará su alquiler en próximo mes? _____

5. ¿Ha estado trabajando con alguien para recibir asistencia con su vivienda en los últimos 12 meses?

Con Quién:	
Familia:	
Amigos:	
¿Iglesia? ¿Nombre? _____	
Agencia: _____	
Otro: _____	

No recursos, ni redes de apoyo, por ejemplo; familia, amigos, iglesias u otras redes sociales, disponibles de inmediato para evitar que la familia se quede literalmente sin hogar.

Presupuesto y Barreras

RECURSOS:

<u>FUENTE</u>	<u>CANTIDAD</u> <u>MENSUAL:</u>	<u>PERS. QUE</u> <u>RECIBE:</u>
___ Sin Ingresos		_____
___ Desempleo	\$ _____	_____
___ Empleo	\$ _____	_____
___ Cupones de Comida	\$ _____	_____
___ TANF	\$ _____	_____
___ SSI	\$ _____	_____
___ SSDI	\$ _____	_____
___ Seguro Social	\$ _____	_____
___ Child Support	\$ _____	_____
___ Pensión	\$ _____	_____
___ VA Pensión	\$ _____	_____
(no-conect al servicio)		
___ VA Pensión	\$ _____	_____
(Por servicio)		
___ Beneficios de Viuda	\$ _____	_____
___ Fondo Fiduciario	\$ _____	_____
___ Pensión (Alimony)	\$ _____	_____
___ Beneficios Tribales	\$ _____	_____
___ Familia	\$ _____	_____
___ Otro: _____	\$ _____	_____
Ingreso Mensual Total	\$ _____	_____

GASTOS:

<u>ARTÍCULO</u>	<u>CORRIENTE</u>	<u>ATRASADO</u>
___ Renta	\$ _____	\$ _____
___ Depósito	\$ _____	\$ _____
___ Pago de Hipoteca	\$ _____	\$ _____
___ Electricidad	\$ _____	\$ _____
___ Gas Natural	\$ _____	\$ _____
___ Agua/Alcantarillado	\$ _____	\$ _____
___ Basura	\$ _____	\$ _____
___ Teléfono	\$ _____	\$ _____
___ Internet	\$ _____	\$ _____
___ CableTV	\$ _____	\$ _____
___ Comida	\$ _____	\$ _____
___ Child Support	\$ _____	\$ _____
___ Cuidado de Niños	\$ _____	\$ _____
___ Pago de Automóvil	\$ _____	\$ _____
___ Seguro de Auto	\$ _____	\$ _____
___ Gasolina	\$ _____	\$ _____
___ Reparación de Automóvil	\$ _____	\$ _____
___ Artículos para el Hogar	\$ _____	\$ _____
___ Lavandería	\$ _____	\$ _____
___ Seguro de Salud	\$ _____	\$ _____
___ Cigs/Alcohol	\$ _____	\$ _____
___ Facturas Médicas	\$ _____	\$ _____
___ Medicinas	\$ _____	\$ _____
___ Pagos de Corte	\$ _____	\$ _____
___ Tarjetas de Crédito	\$ _____	\$ _____
___ Unidad de Almacenamiento	\$ _____	\$ _____
___ Otro: _____	\$ _____	\$ _____
Total Expenses	\$ _____	\$ _____

BARRERAS:

	√ (Si aplica)	Nombre:	√ (Si aplica)	Nombre:
Discapacidad Física	_____	_____	_____	Debe Dinero al Propietario Anterior
Incapacitado Mentalmente	_____	_____	_____	Daños a Alquiler Pasado
Discapacidad de Desarrollo	_____	_____	_____	Desalojo/Últimos 10 años
Abuso de Alcohol	_____	_____	_____	Ejecución Hipotecaria
Abuso de Drogas	_____	_____	_____	Bancarrotas/Últimos 10 Años
Estado de Salud Crónico	_____	_____	_____	Convicto por Químicos Ilegales
Animal de Servicio/Compañía	_____	Tipo: _____	_____	Condena por Delito Menor
HIV Positivo	_____	_____	_____	Delincuente Sexual
Falta de Alquiler/Hipoteca	_____	_____	_____	Condena por Delito
Falta de Dinero para la Aplicación	_____	_____	_____	Grave/Últimos 10 Años
Falta de Dinero para el Depósito	_____	_____	_____	Delito de Robo
No recursos para Guardería	_____	_____	_____	Convicto por Asalto



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 la vivienda actual o para obtener otra vivienda apropiada? SI NO

Si su respuesta es sí, explique: _____

➤ ¿Alguien en el hogar tiene cuenta de cheques o ahorros? SI NO

Si, anote el balance de la(s) cuenta(s) y agregue el estado de su cuenta bancaria de los últimos 30 días.

Cuenta de Cheques \$ _____ Ahorros \$ _____

➤ *Bienes no Monetarios:*

TIPO DE BIENES	VALOR TOTAL	TASAS O PENALIDADES	VALOR EN EFECTIVO (VALOR TOTAL MENOS PENALIDADES)	TASA DE INTERÉS	INGRESO DE LOS ACTIVOS (MULTIPLICAR EL VALOR EN EFECTIVO POR EL TIPO DE INTERÉS)
TOTAL:					

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

OFFICE USE ONLY

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: _____

➤ 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. VERIFICACIÓN DE INGRESOS

(Solo para nuevos ingresos antes de recibir el primer cheque de pago)

Nombre del Apicante: _____ Últimos 4 dígitos de su SS: _____

Firma del Apicante Fecha

Empleador: _____ Teléfono: _____ Fax: _____

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

Empleador:

La persona mencionada arriba está solicitando asistencia a través de CAT. 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.

Lugar de Empleo: _____

Título, puesto o tipo de trabajo del empleo: _____

Fecha de inicio del empleo: _____ Fecha en que término el empleo: _____

Número de horas trabajadas por semana (use promedio si es inconsistente): _____

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

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

Número de semanas empleado cada año: _____

Propinas, Comisión, otro: Año \$ _____ Semana \$ _____ Mes \$ _____

Espero un cambio en mi pago: \$ _____ hora/mes/anual A partir de: _____
(marque uno)

Firma del Empleador Fecha Compañía

Nombre del Empleador (Impreso) Número del Empleador

Registro de Verificación Oral: Personal de CAT: _____

Persona Contactada: _____ Representando: _____

Información Suministrada: Fecha y Hora: _____

Por favor regrese a: CAT, Inc. Housing Solutions Programs, 125 N. 17th St. Helens, OR. 97051
(Phone) 503-397-3511 (FAX) 503-397-3290

OFFICE USE ONLY



COMMUNITY ACTION TEAM, INC.
HOUSING SOLUTIONS

CONSENTIMIENTO PARA COMPARTIR INFORMACIÓN

Consentimiento: Doy permiso a Community Action Team, Inc. a 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 previas o actuales del programa, puede ser necesaria información sobre mi hogar o sobre mí mismo. La verificación y las consultas que se pueden solicitar incluyendo pero no se limitan a:

- Verificación de Identidad Estado de Seguro Social/Discapacidad Verificación de Empleo/Ingresos/Activos
Estado Civil Historial Criminal/Crédito/Alquiler Información Médica/de Salud Mental

Grupos o Individuos a los que se les puede preguntar: Los grupos o individuos a los que se les puede pedir información. (Dependiendo de los requisitos del programa) incluyen pero se limitan a:

- Arrendadores Potenciales Arrendadores Anteriores Proveedores Médicos y Salud Mental
Arrendadores Actuales Empleadores Previos y Presentes Departamento de Servicios Humanos y sus Contratistas
Servicios Públicos Administración de Seguro Social Vivienda de Oregon Y Servicios Comunit. (OHCS)
Bancos de Alimentos Tribunales y Libertad Condicional Northwest Oregon Housing Authority (NOHA)
Sin Hogar/Albergues de VD Agencias de la Ley/Policia Beneficios Federales, Estatales y/o de Tribus Locales
Cuidado Continuo Administración de Veteranos Informes Crediticios y Agencias de Crédito
Agencias de Salud Pública Proveedores de Cuidado Infantil Administración de Veteranos
Sistemas de Jubilación Rehabilitación Vocacional (DHS) Provedores de Vivienda y Servicios
Instituciones Financieras Agencias de Community Action Instalaciones de Tratamiento de Drogas y Alcohol
Escuelas y Universidades Otro Otro

Notificación de Comparación de Datos HMIS y Consentimiento: Entiendo y estoy de acuerdo que CAT, Inc. puede llevar a cabo una comparación de datos (OPUS & ServicePoint) para verificar la información suministrada para mi corrección de solicitud. Si se hace una verificación de datos entiendo que tengo 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 y Locales, incluyendo pero no limitada a: Agencias Estatales de Seguridad del Empleo, Departamento de Defensa, Oficina de Administración de Personal, el Servicio Postal de los EEUU, la Administración de Seguridad Social, Agencias Estatales de Bienestar y Agencias de Cupones de Alimentos; Agencias Asociadas OHCS-OPUS.

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 programa de asistencia para la vivienda en CAT, Inc. Entiendo que este consentimiento es válido por la duración de mi programa/asistencia o por un año, a menos que se indique lo contrario. Entiendo que puedo revocar este consentimiento en cualquier momento, notificando a Community Action Team, Inc. (Nota: Si esto ocurre el cliente podría escribir revocado en la parte inferior de este formulario).

Todos los adultos mayores de 18 años deben firmar esta autorización de información

Form fields for Name, Signature, and Date, repeated twice.

Sistema de Manejo de Información de Personas sin Hogar del Condado de Columbia (HMIS)

CONSENTIMIENTO PARA COMPARTIR/RECOPILAR DATOS

Qué es el HMIS? Es un sistema de datos informáticos que recopila y almacena información sobre personas y familias que utilizan los servicios. Los datos se utilizan para describir el número y las características de los clientes del programa. Rastrea el tipo de servicio dado y la frecuencia con la que se utilizan los servicios. HMIS se utiliza para evaluar las necesidades del servicio y para ayudar a nuestra comunidad a tomar decisiones sobre los modelos de presentación de servicios mas eficientes.

Cuál es el propósito de este formulario? Con este formulario puede dar permiso para que se recopile y comparta información sobre usted con agencias asociadas que ayudan a CAT a proporcionar vivienda y servicios. Las agencias asociadas se enumeran a continuación.

Oregon Housing and Community Services (OHCS)	Rural Oregon Continuum of Care (ROCC)
Northwest Oregon Housing Authority (NOHA)	Department of Human Services (DHS)
Medicine Wheel Recovery Services (MWRS)	Clatsop Community Action Team (CCA)
Community Action Resource Enterprise (CARE)	Department of Veteran’s Affairs (VA)
Housing and Urban Development (HUD)	Columbia Community Mental Health (CCMH)

AL FIRMAR ESTE FORMULARIO, AUTORIZO A Community Action Team a compartir información de HMIS con agencias asociadas. La información compartida de HMIS se usará para ayudarme a obtener vivienda y servicios. También se utilizará para comprender mejor y mejorar los problemas de vivienda y servicios para personas sin hogar. Entiendo que las agencias asociadas pueden cambiar con el tiempo. La información que se recopilará y compartirá incluye:

Nombre, fecha de nacimiento, sexo(género), etnicidad, número de teléfono, dirección, info. médica básica, salud mental, uso de sustancias, e información de la vida diaria.	
Información de Vivienda	Uso de servicios de crisis, hospitales y cárcel
Empleo, ingresos, aseguranza, y beneficios	Resultados de evaluaciones

AL FIRMAR ESTE FORMULARIO, ENTIENDO QUE:

- Community Action Team y las agencias asociadas mantendrán mi información HMIS privada utilizando estrictas políticas
- Puedo recibir una copia de este consentimiento y la hoja de información del cliente.
- Puedo negarme a firmar este consentimiento. Si me niego, no perderé ningún beneficio o servicio.
- Este consentimiento vencerá 10 años después de mi última actividad de HMIS.
- Puedo revocar este consentimiento en cualquier momento. La revocación entrará en vigencia una vez recibida, excepto en la medida en que otros ya hayan actuado bajo este consentimiento, y después de que el socio, las agencias y Community Action Team hayan sido notificados para que la revocación no interfiera con la atención o la coordinación del servicio.
- Las agencias asociadas pueden compartir aún más mi información HMIS con otras agencias para la coordinación, asesoramiento, alimentación, asistencia de servicios públicos y otros servicios.
- Mi información HMIS puede ser vista por auditores o financiadores que revisan el trabajo de las agencias asociadas, incluido HUD, el Dep. De Asuntos de Veteranos, el Dept. de Servicios Humanos, y Vivienda de Oregon y Servicios Comunitarios (OHCS). Entiendo que la lista de auditores y financiadores puede cambiar con el tiempo.
- Mi información HMIS puede usarse para ayudar a evaluar la calidad de los servicios prestados. También se puede usar con fines de investigación que se alinean con los objetivos y la misión de Community Action Team.

FIRMA:

Nombre

Firma del Cliente o Representante

Fecha

Nombre

Firma del Cliente o Representante

Fecha

Community Action Team

Política de Respeto Mutuo



Participación del Cliente

A los individuos que buscan servicios no se les negará el acceso a ellos si no pueden responder las preguntas formuladas durante el proceso de evaluación.

Política de Respeto Mutuo

El objetivo de Community Action Team es brindar servicios de la más alta calidad y brindar dichos servicios de manera profesional, respetuosa y basada en la dignidad y los derechos de las personas a las que prestamos servicios. Del mismo modo, esperamos que nuestros clientes traten a los miembros del personal y a otros clientes de una manera respetuosa y basada en la dignidad y los derechos de los demás.

Política Contra la Discriminación

El programa no discriminará a ninguna persona o familia por motivos de raza, color, origen natural, religión, género, discapacidad, estado familiar, orientación sexual/identidad de género, fuente de ingresos o violencia doméstica. Se ofrecerán adaptaciones razonables a todas las personas discapacitadas que las soliciten en cualquier momento durante el proceso de solicitud o selección y durante la participación del programa.

Proceso de Resolución de Disputas

Community Action Team tiene el derecho de negar servicios o dar por terminados los servicios a cualquier persona que: se involucre en un comportamiento que represente un peligro para otras personas o impugne la presentación de servicios a otros clientes; crea un ambiente hostil; o cometa actos de fraude, engaño o trampa. Cualquier persona a quien se le nieguen los servicios o se cancele su servicio tiene el derecho de apelar esa decisión y puede solicitar información sobre el proceso de resolución de disputas de la agencia.

Nombre del Cliente

Firma del Cliente

Fecha

Nombre del Cliente

Firma del Cliente

Fecha



Condados Miembros: Baker, Benton, Clatsop, Columbia, Coos, Curry, Douglas, Gilliam, Grant, Harney, Hood River, Josephine, Klamath, Lake, Lincoln, Linn, Malheur, Marion, Morrow, Polk, Sherman, Tillamook, Umatilla, Union, Wallowa, Wasco, Wheeler, Yamhill

Rural Oregon Continuum of Care (ROCC) HMIS

Consentimiento del Cliente para Compartir Información de Datos en el Balance de Estado Rural de Oregon HMIS

Rural Oregon Continuum of Care Homeless Management Information System (HMIS) es un sistema computarizado que se utiliza para recopilar y compartir información sobre la falta de vivienda y los servicios sociales en todo el Estado de Equilibrio Rural de Oregon. La información recopilada por Community Action Team y el HMIS les permite a las agencias planificar y brindar servicios que ayudan a las personas necesitadas. Al compartir información entre ellos, las agencias pueden simplificar la prestación de servicios mediante la coordinación de servicios y referencias entre agencias.

Mantener la privacidad y seguridad de quienes utilizan nuestros servicios es muy importante para nosotros. El HMIS se ejecuta de conformidad con todas las leyes y códigos Federales y Estatales, incluida la Ley de Responsabilidad y Portabilidad de Seguro de Salud (HIPAA). Cada persona y agencia autorizada para leer o ingresar información en la base de datos ha recibido capacitación sobre las políticas de confidencialidad del cliente y ha firmado un acuerdo para mantener la seguridad y confidencialidad de la información. Cualquier persona o agencia que viole su acuerdo puede tener sus derechos de acceso finalizados y puede estar sujeta a sanciones adicionales.

Los servicios no serán denegados si decide no compartir información. La información aún se recopilará e ingresará debido a nuestros requisitos Federales y Estatales. **Cierta información mínima del cliente se comparte en todo nuestro HMIS para evitar la creación de registros duplicados del cliente.** Las personas autorizadas de HMIS en las agencias comunitarias participantes podrán ver los siguientes elementos de datos de todos los registros del cliente:

- Nombre
- Apellido
- Fecha de Nacimiento
- Estatus de Veterano
- Sexo
- Número de Seguro Social (requerido para servicios específicos)

Lea la siguiente declaración y consulte con el personal de su agencia si tiene alguna pregunta:

ENTIENDO QUE:

- No se me negarán los servicios si me niego a compartir mis datos más allá de los requisitos mínimos.
- Al compartir mi información no garantiza que recibiré asistencia.
- Las agencias asociadas compartirán mi información de identificación básica (Nombre, Fecha de Nacimiento, Estado de Vetereano, Género, Número de Seguro Social) para mejorar la presentación de servicios y reducir la recopilación de datos duplicados.
- Los detalles sobre los programas en los que participo o la información que comparto con el personal de la agencia no se divulgarán a ningún tercero a menos que yo otorgue una autorización por escrito o la ley así lo exija. Aún debemos compartir cierta información debido a nuestros requisitos Federales, Estatales o de financiamiento.

- Esta autorización permanecerá vigente 7 años a menos que la revoque por escrito mediante la firma de una declaración escrita o un formulario de revocación.
- Entiendo que puedo cancelar mi consentimiento para compartir datos en cualquier momento. Sin embargo hacerlo no cambiará la información que ya se ha entregado o las acciones ya tomadas. La revocación será efectiva a partir de esa fecha.
- Tengo derecho a ver mi expediente HMIS, solicitar cambios y recibir una copia de mi expediente de esta agencia si lo solicito por escrito.
- Tengo derecho a presentar una queja si siento que el uso de HMIS me ha dañado de alguna manera.
- Tengo derecho a recibir una copia del Aviso de HMIS para Clientes de Usos y Compartimiento.

Mantener la privacidad y seguridad de quienes utilizan nuestros servicios es muy importante para nosotros. Su expediente solo se compartirá si nos da permiso para hacerlo. Puede haber riesgos y/o beneficios que debe considerar antes de decir si hacepta o no la compartición de información.

Al escribir sus iniciales a continuación usted acepta compartir el siguiente nivel de información para usted y todos los miembros del hogar que se enumeran a continuación con otras agencias socias del Balance de Estado Rural de Oregon HMIS.

___ 1) Además de los elementos de datos mínimos requeridos (Nombre, Fecha de Nacimiento, Género, Estatus de Veterano, Número de Seguro Social), **Estoy de acuerdo en compartir** información demográfica adicional (incluyendo raza y etnia), información de inscripción y salida del programa, información sobre la naturaleza de mi situación, servicios y referencias que recibí e información de contacto a través del Balance de Estado Rural de Oregon HMIS.

___ 2). Más alla de los elementos de datos mínimos requeridos (Nombre, Fecha de Nacimiento, Genero, Status de Veterano, Número de Seguro Social), **No estoy de acuerdo en compartir** ninguna información adicional a través del Balance de Estado Rural de Oregon HMIS o con las agencias socias del Balance de Estado Rural de Oregon HMIS.

Nombres y fechas de nacimiento de todos los miembros del hogar que participan en los servicios:

Nombre del Cliente/ Padre o Tutor (<i>Impreso</i>)	Firma del Cliente/ Padre o Tutor	Fecha
_____	_____	_____

<i>Nombre de Adulto Adicional (Impreso)</i>	<i>Firma del Adulto Adicional</i>	<i>Fecha</i>
_____	_____	_____

Community Action Team Inc.

Política de Fraude

Dar información falsa, no proporcionar o retener intencionalmente información relacionada con la elegibilidad o elegibilidad continua se considerará fraude.

La información de elegibilidad incluye pero no se limita a:

- Estado de Vivienda
- Composición del Hogar
- Todas las fuentes de ingresos que recibe su hogar, que incluyen pero no se limitan a: salarios, incluido el pago informal, ingresos regulares de reciclaje, devolución de latas, etc., pagos de TANF, beneficios de SNAP, pensión alimenticia, pensión de seguro social, discapacidad, compensación de trabajadores, desempleo, reembolso de impuestos, beneficios tribales, bonos, etc.
- Todos los demás bienes, que incluyen, entre otros: bienes inmuebles, vehículos, ahorros, cuentas de jubilación, etc.

Si se determina que ha proporcionado información falsa o retenida relacionada con la elegibilidad, está sujeto a lo siguiente:

- Denegación, reducción de servicios, descalificación y/o terminación del programa.
- Posibles cargos penales y cualquier sanción asociada a ellos.
- Pago obligatorio de toda la asistencia pagada en exceso.

Al solicitar o recibir asistencia, es su responsabilidad hacer preguntas si no está claro o no comprende la información que se le presenta o requiere.

Al firmar a continuación, usted reconoce que ha leído y comprende lo anterior.

_____ Firma del Participante	_____ Nombre Impreso	_____ Fecha
---------------------------------	-------------------------	----------------

_____ Firma del Participante	_____ Nombre Impreso	_____ Fecha
---------------------------------	-------------------------	----------------