

La Autoridad de la Vivienda del Condado de Grant: Forma Central

Sección #1 – Nombre del Jefe de Familia

Número del Seguro Social	Primer Nombre	Inicial	Apellido	Fecha de Nacimiento

Última dirección permanente:			¿Cuánto tiempo estuvo usted allí?:	
Ciudad	Condado	Estado	Código Postal	

Número de Teléfono	¿Teléfono de Mensaje?		Otro Número de Teléfono	¿Teléfono de Mensaje?	
	Sí	No		Sí	No

Raza (Marque todos que aplican)

Blanca
 Asiática
 Negra o Africana Americana
 Nativa de Hawaii o de las islas del Pacifico
 India Americana o Nativa de Alaska
 Negado

Etnia (Marque uno)

Hispano
 No-hispano
 Negado

Género

Masculino
 Femenino
 Transgender
 No Estoy Seguro
 Otro
 Negado

¿Es incapacitado?

Sí
 No

Estado Civil

Soltero
 Casado
 Divorciado
 Separado

Nivel de educación

El último grado que usted terminó: _____
 El tipo de certificado (Marque todo que aplican):
 Ninguno Se asocia grado
 GED Licenciatura
 Bachillerato Máster
 Formación profesional Doctorado

¿Es un veterano? (Marque uno)

No
 Sí → Rama: _____
 Tipo de Descargue: _____

¿Tiene seguro medico?

No
 Sí

Ingresos – Liste los ingresos que usted recibe.

El tipo de ingresos	¿Cuánto?	¿Con qué frecuencia?
1.		
2.		
3.		

¿Recibe ayuda de alimento?

No
 Sí – Cantidad \$ _____

Historia de Empleo

Empleador	Cantidad Ganada por Hora	Horas por semana	¿Cuánto tiempo trabajó usted allí?
1.			
2.			

Contacto Familiar/Amigo

Nombre:	Dirección:	Número de Teléfono:

Sección #2 – Otros Miembros de la Familia

¿Tiene a otros miembros en su casa? **Sí – complete esta sección No – ignore esta sección**

Otro Miembro de la Familia #1

Número del Seguro Social	Primer Nombre	Apellido	Fecha de Nacimiento	Género	Descapacitado
					Sí No
Relación al jefe de la casa	Nivel de educación	¿Está en la escuela?	Estado Civil	Veterano	Seguro Médico
		Sí No		Sí No	Sí No

Ingresos—Liste los ingresos que usted recibe.

El tipo de ingresos	¿Cuánto?	¿Con qué frecuencia?
1.		
2.		

Raza (Marque todos que aplican)

Blanca
 Asiática
 Negra o Africana Americana
 Nativa de Hawaii o de las islas del Pacífico
 India Americana o Nativa de Alaska
 Negado

Etnia

Hispano
 No-hispano
 Negado

Otro Miembro de la Familia #2

Número del Seguro Social	Primer Nombre	Apellido	Fecha de Nacimiento	Género	Descapacitado
					Sí No
Relación al jefe de la casa	Nivel de educación	¿Está en la escuela?	Estado Civil	Veterano	Seguro Médico
		Sí No		Sí No	Sí No

Ingresos—Liste los ingresos que usted recibe.

El tipo de ingresos	¿Cuánto?	¿Con qué frecuencia?
1.		
2.		

Raza (Marque todos que aplican)

Blanca
 Asiática
 Negra o Africana Americana
 Nativa de Hawaii o de las islas del Pacífico
 India Americana o Nativa de Alaska
 Negado

Etnia

Hispano
 No-hispano
 Negado

Otro Miembro de la Familia #3

Número del Seguro Social	Primer Nombre	Apellido	Fecha de Nacimiento	Género	Descapacitado
					Sí No
Relación al jefe de la casa	Nivel de educación	¿Está en la escuela?	Estado Civil	Veterano	Seguro Médico
		Sí No		Sí No	Sí No

Ingresos—Liste los ingresos que usted recibe.

El tipo de ingresos	¿Cuánto?	¿Con qué frecuencia?
1.		
2.		

Raza (Marque todos que aplican)

Blanca
 Asiática
 Negra o Africana Americana
 Nativa de Hawaii o de las islas del Pacífico
 India Americana o Nativa de Alaska
 Negado

Etnia

Hispano
 No-hispano
 Negado

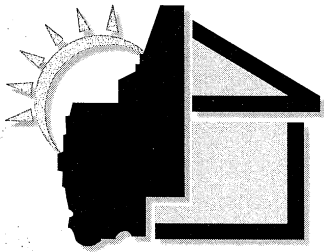
Sección #3

Por favor conteste todas las preguntas y marque todo los que aplican.

Comentarios

<p>¿Cuál es su estado actual de vivienda?</p> <p><input type="checkbox"/> En peligro de perder la vivienda</p> <p><input type="checkbox"/> Vivienda estable</p> <p><input type="checkbox"/> Literalmente sin hogar (en las calles o en algun refugio)</p> <p><input type="checkbox"/> En riesgo inminente el hogar</p>	
<p>¿Ha tenido más de 4 episodios de falta de vivienda durante los últimos 3 años?</p> <p><input type="checkbox"/> No</p> <p><input type="checkbox"/> Sí</p>	
<p>¿Ha estado continuamente sin hogar por un año o más?</p> <p><input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No Estoy Seguro</p> <p><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> Negado</p>	
<p>¿Trabaja actualmente?</p> <p><input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No Estoy Seguro</p> <p><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> Negado</p>	
<p>¿Está actualmente en la escuela o está trabajando para obtener un certificado?</p> <p><input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No Estoy Seguro</p> <p><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> Negado</p>	
<p>¿Usted o un miembro de su familia tiene una discapacidad de aprendizaje?</p> <p><input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No Estoy Seguro</p> <p><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> Negado</p>	
<p>¿Usted o un miembro de su familia tiene algun problema de salud mental?</p> <p><input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No Estoy Seguro</p> <p><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> Negado</p>	

<p>¿Usted o un miembro de su familia ha tenido algun problema con alcohol o drogas?</p> <p><input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No Estoy Seguro</p> <p><input type="checkbox"/> Alcohol <input type="checkbox"/> Negado</p> <p><input type="checkbox"/> Drogas <input type="checkbox"/> Drogas y alcohol</p>	
<p>¿Usted o un miembro de su familia ha sido una víctima de violencia domestica?</p> <p><input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No Estoy Seguro</p> <p><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> Negado</p>	
<p>¿Usted o un miembro de su familia tiene una condición crónica de la salud?</p> <p><input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No Estoy Seguro</p> <p><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> Negado</p>	
<p>¿Comparado a otras personas de su edad, cómo valoraría usted su salud general?</p> <p><input type="checkbox"/> Malo</p> <p><input type="checkbox"/> Asi-Asi</p> <p><input type="checkbox"/> Bien</p> <p><input type="checkbox"/> Muy bien</p> <p><input type="checkbox"/> Excelente</p> <p><input type="checkbox"/> No Estoy Seguro</p> <p><input type="checkbox"/> Negado</p>	



www.hagc.net

Housing Authority of Grant County

1139 Larson Blvd. • Moses Lake, WA 98837-3308

Phone: (509) 762-5541 • Fax: (509) 762-2202
Toll Free: (800) 747-9202 • TTY: (800) 833-6388

LA AUTORIZACION PARA LA LIBERACION PARA LA INFORMACION

Yo autorizo y dirijo cualquier federal, estatal, agencia local, organización, negocio, o algún individuo para soltar que información o los materiales necesarios para completar y verificar la información que he dado a LA AUTORIDAD DE VIVIENDA DE CONDADO DE GRANT (HAGC). Comprendo y concuerdo que esta autorización o la información obtenidos con su uso pueden ser dados a y utilizados por HAGC a administrar e imponer reglas y políticas del programa.

Yo también doy consentimiento a HAGC en soltar información de mi archivo acerca de alguna historia relacionada a cualquier estado, federal, agencia, o programa que puede ayudar a un cliente con sus necesidades sociales o legales determinadas por HAGC.

QUE INFORMACION CUBRIDA

Yo comprendo, dependiendo del programa y requisitos, información previa o actual con respecto a mi o a mi casa puede ser necesitado. Las comprobaciones y preguntas que pueden ser solicitado incluye pero no son limitado a:

Identidad y Estado Civil
Médica y de Cuidado de Niños
Residencias y Actividad de Renta

El Empleo, los Ingresos, y Bienes
Crédito y Actividad Criminal
Ciudadanía o Elegibilidad de Inmigración

Yo comprendo que esta autorización no puede ser utilizada para obtener información sobre mí que NO es pertinente a los programas con los que trabaja HAGC.

Los GRUPOS O INDIVIDUOS QUE PREGUNTADOS OBTENER INFORMACION:

Los grupos o los individuos que pueden ser solicitados para la información antes mencionada (dependiendo de los requisitos del programa) incluye pero no son limitados a:

El Propietario Actual y Anterior
Agencias de Viviendas Publicas
Palacios de Justicia y Oficinas de Correos
Proveedores de Pensión y Apoyo Financia
Servicios de Utilidades Publicas
Proveedores Médicos
Sistemas de Jubilación
Empleadores Actuales y Anteriores
Agencias de Desempleo Estatal
Escuelas y Colegios

Inmigración y Naturalización
Proveedores de Servicios
Proveedores de Cuidado de Niños
Agencias de Welfare
Agencias de la Ley
Administraciones de Veteranos
Bancos e Instituciones Financieras
Proveedores de Crédito
Agencias de Crédito

CONDICIONES

Yo estoy de acuerdo de que una fotocopia de esta autorización puede ser utilizada para el propósito que está indicado arriba. La original de esta autorización está en el archivo con HAGC y permanecerá vigente por un año y un mes de la fecha firmada. Comprendo que tengo derecho de revisar mi archivo y corregir cualquier información que puedo probar inexacto.

FIRMAS

Jefe de la Casa Nombre (escrito a mano y con letra separada) Fecha

Esposo/a, compañero Nombre (escrito a mano y con letra separada) Fecha

Otro Miembro Adulto Nombre (escrito a mano y con letra separada) Fecha

The Housing Authority of Grant County, Washington, does not discriminate on the basis of race, color, national origin, religion, sex, physical or mental disability, or familial status. The Housing Authority of Grant County's policies and practices are designed to provide assurances that persons with disabilities will be given reasonable accommodations, upon request, so that they may fully access and utilize the housing programs and related services.



Publicación del Cliente sobre esta Información

Programa del estado de Washington HMIS

IMPORTANTE: No entre información personalmente identificando en HMIS para clientes que son: 1) de las agencias DV o; 2) actualmente huyen o en peligro de una violencia doméstica, violencia en el noviazgo, agresión sexual o una situación de acoso.

Esta agencia participa en el programa de administración de información sobre las personas que están sin hogar (HMIS) juntando información, por algún tiempo, acerca de las características y las necesidades de los hombres, mujeres y niños que están sufriendo falta de hogar.

Para proporcionar a las personas los servicios más efectivos en moverlos de estar sin hogar a un lugar de vivienda permanente, necesitamos contar todas las personas que están pasando por falta de hogar en el estado de Washington. Para asegurarnos que no contamos a las personas dos veces por los servicios recibidos por mas de una agencia, necesitamos juntar información personal específica. Necesitamos: **nombre, fecha de nacimiento, raza, y dirección permanente.** También usted puede proporcionar su número de seguro social, pero al firmar esta forma no requiere que lo haga. La información proveída será guardada en un programa de base de datos par 7 años.

- Nosotros guardaremos esta información con pólizas estrictas de seguridad para proteger su privacidad. Nuestro sistema de computadora es altamente seguro y actualiza un sistema de protección con claves, y requiere números de identificación a cada persona que use este programa. Hay un pequeño riesgo de que alguien obtenga y mal use esta información inadecuadamente. Si usted alguna vez sospecha que la información en este sistema de HMIS ha sido usada inadecuadamente, comuníquese inmediatamente con el Administrador del Programa de HMIS al (509) 725-3028.
- Los datos que usted esta proporcionando los combinaran con la información proporcionada por la oficina del Departamento de Servicios y Salud Sociales (DSHS) para el propósito de hacer un mejor análisis. Su nombre o información que lo identifiquen no será incluido en ningún reporte o publicación. Solamente unas cuantas personas del personal de la división del Programa de base de datos mirara esta información quien previamente a firmado acuerdos confidenciales.
- La decisión de participar en este Programa de HMIS no afectara la calidad o cantidad de los servicios que usted sea elegible que pueda recibir de esta agencia, y no se usara para negarle el servicio de bus car, refugio o vivienda. Pero si usted decide participar, los servicios de su región pueden mejorar si tenemos la información actual acerca de los individuos con falta de vivienda y de los servicios que ellos necesitan.

Yo doy mi consentimiento de incluir la información personal y de mis dependientes nombradas abajo y doy mi autorización que esta en el Programa de base de datos HMIS, para que la usen en conjunto con las agencias que trabajan juntas. Yo entiendo que mi información personal no será usada públicamente y solamente será usada estrictamente confidencial. Yo también entiendo que puedo retirar mi consentimiento a cualquier tiempo.

Niños dependientes en el hogar menores de 18 años, si hay (primer nombre y apellido):

Firma del Cliente (padre o guardián)

Fecha

Nombre del Cliente

Fecha de nacimiento

Nombre del Trabajador

CONSENT

NOTICE TO CLIENTS: The Department of Social and Health Services (DSHS) can help you better if we are able to work with other agencies and professionals that know you and your family. By signing this form, you are giving permission for DSHS and the agencies and individuals listed below to use and share confidential information about you. DSHS cannot refuse you benefits if you do not sign this form unless your consent is needed to determine your eligibility. If you do not sign this form, DSHS may still share information about you to the extent allowed by law. If you have questions about how DSHS shares client confidential information or your privacy rights, please consult the DSHS Notice of Privacy Practices or ask the person giving you this form.

CLIENT IDENTIFICATION:			
NAME	DATE OF BIRTH	IDENTIFICATION NUMBER	
ADDRESS	CITY	STATE	ZIP CODE
TELEPHONE NUMBER (INCLUDE AREA CODE)	OTHER INFORMATION		

CONSENT:	
<p>I consent to the use of confidential information about me within DSHS to plan, provide, and coordinate services, treatment, payments, and benefits for me or for other purposes authorized by law. I further grant permission to DSHS and the below listed agencies, providers, or persons to use my confidential information and disclose it to each other for these purposes. Information may be shared verbally or by computer data transfer, mail, or hand delivery.</p> <p><u>Please check all below who are included in this consent in addition to DSHS and identify them by name and address:</u></p> <p><input type="checkbox"/> Health care providers: _____</p> <p><input type="checkbox"/> Mental health care providers: _____</p> <p><input type="checkbox"/> Chemical dependency service providers: _____</p> <p><input type="checkbox"/> Other DSHS contracted providers: _____</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Housing programs: Housing Authority of Grant County _____</p> <p><input type="checkbox"/> School districts or colleges: _____</p> <p><input type="checkbox"/> Department of Corrections: _____</p> <p><input type="checkbox"/> Employment Security Department and its employment partners: _____</p> <p><input type="checkbox"/> Social Security Administration or other federal agency: _____</p> <p><input type="checkbox"/> See attached list</p> <p><input type="checkbox"/> Other: _____</p>	

<p>I authorize and consent to sharing the following records and information (check all that apply):</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> All my client records</p> <p><input type="checkbox"/> Records on attached list</p> <p><input type="checkbox"/> Only the following records</p> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 33%;"><input type="checkbox"/> Family, social and employment history</td> <td style="width: 33%;"><input type="checkbox"/> Health care information</td> <td style="width: 33%;"><input type="checkbox"/> Treatment or care plans</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Payment records</td> <td><input type="checkbox"/> Individual assessments</td> <td><input type="checkbox"/> School, education, and training</td> </tr> <tr> <td colspan="3"><input type="checkbox"/> Other (list): _____</td> </tr> </table>			<input type="checkbox"/> Family, social and employment history	<input type="checkbox"/> Health care information	<input type="checkbox"/> Treatment or care plans	<input type="checkbox"/> Payment records	<input type="checkbox"/> Individual assessments	<input type="checkbox"/> School, education, and training	<input type="checkbox"/> Other (list): _____		
<input type="checkbox"/> Family, social and employment history	<input type="checkbox"/> Health care information	<input type="checkbox"/> Treatment or care plans									
<input type="checkbox"/> Payment records	<input type="checkbox"/> Individual assessments	<input type="checkbox"/> School, education, and training									
<input type="checkbox"/> Other (list): _____											

<p>PLEASE NOTE: If your client records include any of the following information, you must also complete this section to include these records.</p> <p>I give my permission to disclose the following records (check all that apply):</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Mental health <input checked="" type="checkbox"/> HIV/AIDS and STD test results, diagnosis, or treatment <input checked="" type="checkbox"/> Chemical Dependency (CD) services</p>		
---	--	--

- This consent is valid for one year as long as DSHS needs records, or until _____ (date or event).
- I may revoke or withdraw this consent at any time in writing, but that will not affect any information already shared.
- I understand that records shared under this consent may no longer be protected under the laws that apply to DSHS.
- A copy of this form is valid to give my permission to share records.

SIGNATURE	DATE	AGENCY CONTACT/WITNESS SIGNATURE	DATE
PARENT OR OTHER REPRESENTATIVE'S SIGNATURE (IF APPLICABLE)		TELEPHONE NUMBER (INCLUDE AREA CODE)	DATE

<p>If I am not the subject of the records, I am authorized to sign because I am the: (attach proof of authority)</p> <p><input type="checkbox"/> Parent <input type="checkbox"/> Legal Guardian (attach court order) <input type="checkbox"/> Personal representative <input type="checkbox"/> Other:</p>			
--	--	--	--

NOTICE TO RECIPIENTS OF INFORMATION: If these records contain information about HIV, STDs, or AIDS, you may not further disclose that information without the client's specific permission. If you have received information related to drug or alcohol abuse by the client, you must include the following statement when further disclosing information as required by 42 CFR 2.32:

This information has been disclosed to you from records protected by Federal confidentiality rules (42 CFR part 2). The Federal rules prohibit you from making any further disclosure of this information unless further disclosure is expressly permitted by the written consent of the person to whom it pertains or as otherwise permitted by 42 CFR part 2. A general authorization for the release of medical or other information is NOT sufficient for this purpose. The Federal rules restrict any use of the information to criminally investigate or prosecute any alcohol or drug abuse patient.

BIENES

Bienes son dinero en efectivo o los artículos que podrían ser convertidos en dinero rápidamente e incluyen el real o propiedades personales y las inversiones que una casa puede poseer, incluyendo bienes que son poseídas por más de una persona, pero le permiten acceso sin restricción al solicitante. Por favor marque todos los que aplican y proporciona documentación que muéstralos bienes. Si usted no tiene bienes, marque por favor "Ninguno" en el pie de la página. Los bienes incluyen:

Dinero en Efectivo \$ _____

Cuenta de Cheques

Cuenta de Ahorros

Acciones

Bonos

Certificados de Ahorros

IRA

Fíese de Cuenta

Keogh

Herencias

Ganancias Sobre el Capital

Ganancias de Lotería

Fondo de Mercado Monetario

Asentamientos

Propiedades

Otras Inversiones

Propiedad Personal

Ninguno

Firma

Fecha