



**SAMARITAN
HOUSE**

Programa de Asistencia Financiera

Para poder considerar su aplicación de asistencia financiera, nosotros necesitamos su ayuda en darnos la información y los documentos necesarios para poder determinar si es elegible. Las aplicaciones son procesadas, solamente cuando todas las pruebas han sido entregadas.

Este no es un programa de emergencia Todas las aplicaciones serán estudiadas cuidadosamente según y conforme a las regulaciones federales y locales del estado. **Los fondos de la Casa Samaritana son limitados y restringidos.** Las aplicaciones serán procesadas después de verificar todos los documentos sometidos. Por favor, completar la aplicación, responder todas las preguntas que describan su situación. El proceso de esta aplicación lleva tiempo y tiene que ser paciente. Puede que se le pida que traiga más información con el fin de que poder procesar su solicitud.

- Usted tiene que vivir en Menlo Park o E. Palo Alto por mas 30 días o mas, con pruebas de que usted vive en uno de estos lugares (ejemplo; recibo de renta, o otro documento que demuestre donde vive.)
- Asistencia financiera es solamente una vez a familias con hijos menores, personas adultas o con discapacidad. Nosotros tenemos programas limitados de ayuda para personas solas que no tengan discapacidad.
- Usted deberá tener un documento de verificación de su necesidad para la asistencia financiera, (ejemplo; aviso de 30 días de desalojo, aviso de pago en tres días, notificación de desconexión del PG&E o del Agua) También que haya buscado otros recursos personales y comunitarios primero antes de someter esta aplicación.
- Usted debe demostrar que tiene suficiente ingresos para poder cubrir su renta en el futuro y demostrar que no puede pagar todo o parte de su renta actual o depósito.
- Usted tiene que buscar su propia vivienda, tener un contrato de renta y ser aceptado. Los pagos se harán al dueño o propietario de la casa o el apartamento. Esta información será verificada.
- **Usted no será elegible automáticamente esto es un proceso basado en la urgencia o necesidad del aplicante. Los pagos no son garantizados al dueño de la propiedad, hasta que todas las verificaciones** requeridas hayan sido sometidas y aprobadas por el comité.
- Su habilidad de contribuir hacia el costo de la vivienda será cuidadosamente examinada. Se espera que usted contribuya y demuestre que puede mantener su renta en el futuro.

Firmando esta aplicación usted ha leído y entendido los términos del Programa de Asistencia de Financiera.

Firma del Aplicante: _____ Fecha: _____

Firma del Co-Aplicante: _____ Fecha: _____

Firma del trabajador social: _____ Fecha: _____

Lista de requisitos:

Nombre: _____ Fecha: _____

Antes que su aplicación pueda ser presentada, todos estos requisitos en lista deben ser completados. Todos los documentos deben estar imprimidos antes de asistir a su cita.

_____ Declaración Personal

_____ Prueba de identificación para cada miembro del hogar (ID con foto, Certificado de nacimiento, seguro social, etc.)

_____ Formulario de presupuesto

_____ Verificación de empleo los últimos treinta días (los últimos comprobantes de ingreso)

_____ Otras verificaciones de ingresos (cartas o declaraciones de CalWorks, Manutención de niños, Seguro Social, desempleo, cartas de oferta de empleo)

_____ Estados de cuenta del banco de los últimos tres meses

_____ Verificación de crítica necesidad de vivienda: Esto puede incluir aviso de Desalojo, aviso de morosidad de alquiler, aviso de pago en 3 días o desalojo, recibos de hotel y declaraciones de otros miembros de la familia de compartir esta situación.

_____ Facturas de servicios públicos en los últimos 3 meses.

_____ Contrato de renta

_____ Puede traer otros documentos que muestren su necesidad

También mostrara la siguiente información de esta lista

_____ Documentos relacionados con la COVID-19 perdida temporal de ingresos

_____ Registración y seguro del auto

_____ 3 estimados de reparación del auto

_____ Otros _____

Monto total solicitado: \$ _____

Costo Total de la Vivienda: \$ _____

Responda todas las secciones completamente:

Name _____, _____ DOB _____ / _____ / _____ Gender: M F
 Nombre Last Name / Apellido First Name /Primer Nombre mm dd año (yy) Sexo: hombre mujer

Address _____ City _____ Zip Code _____
 Direccion CiudadCodigo Postal

Telephone Number (____) _____ - _____ e-mail: _____
 Numero de Telefono Correo electrónico

Marital Status: Married Single Widowed Divorced Other _____
 Estado Civil: Casado/a Soltero/a Viudo/a Divorciado/a Otro _____

Race (circle all that apply) White Black Asian Amer Indian Native Hawaiian/Pacific Islander Other _____
 Raza (circule los que aplica): Blanca Moreno Asiatico IndioAmericano Nativo de Hawaii/Pacifico Otro _____

Hispanic (check one) Yes No Primary Language: Spanish English Other _____
 Hispano (marque uno): Sí No Lenguaje Primario: Español Inglés Otro _____

Emergency Contact: _____ Telephone Number (____) _____ - _____
 Contacto de Emergencia: Numero de Telefono

Household Members:
 Miembros del hogar:

Name Nombre	Gender: Sexo:	Date of Birth Fecha de Nacimiento	Monthly Income Ingresos Mensuales	US Citizen? ¿Ciudadano?	Country of Birth Pais de nacimiento	Vet Veterano

Highest level of education of applicant 0 - 8 yrs 9 – 12 yrs 12+ yrs
 Máximo grado de Educación del cliente: 0 - 8 anos 9 – 12 anos 12+ anos

Seguro de Medico: Ninguno Kaiser Medi-Cal Medicare ACE Otro: _____
 Health insurance None Other

Non Cash Benefits Information: (check all that apply)
 Información de beneficios no monetarios (marca el que corresponde)

Food Stamps WIC CalWorks Transportation
 Estampillas de Comida WIC / Mujeres y ninos Ayuda de transportacion
Section 8 CalWorks ChildCare
 Sección 8 Ayuda para cuidado de niños

Hoja de Presupuesto

INGRESO MENSUAL			
	Ultimo Mes	Presente Mes	Próximo Mes
Aplicante ingreso mensual: Empleo #1			
Aplicante ingreso mensual: Empleo #2			
Co- Aplicante ingreso mensual: Empleo #1			
Co- Aplicante ingreso mensual: Empleo #2			
Ingresos de otros miembros del hogar (combinado)			
SSI o SSDI Monto Total de los Beneficios			
Otros ingresos (circule todos los que aplican): Desempleo, Pensión, Manutención de los Niños, Cal WORKS			
TOTAL INGRESO MENSUAL	\$	\$	\$
GASTOS MENSUALES			
	Ultimo Mes	Presente Mes	Próximo Mes
Renta			
Utilidades: PG&E/Agua/Basura			
Teléfono			
Comida <i>(Incluyendo el total de los gastos y beneficios de CalFresh, si son aplicable)</i>			
Seguro Medico			
Medi-cal (prescripciones, doctor visitas, etc.)			
Pagos de Carro			
Seguro de Carro			
Transporte (bus, gas, peaje, parking)			
Cuidado de Niños			
Ropa			
Papel Higiénico, etc			
Lavandería, Limpieza, y otros gastos del hogar			
Pago a plazos (tarjeta de crédito o préstamo) <i>Indique el tipo de pago</i>			
Cable televisión/Internet			
Otros gastos tales como (cigarrillos, entretenimiento, etc.)			
TOTAL GASTOS MENSUALES	\$	\$	\$
TOTAL			
	último Mes	Presente Mes	Próximo Mes
Ingreso TOTAL (ingreso antes de impuestos)			
Incluye TOTAL gastos mensuales			
BALANCE MENSUAL	\$	\$	\$

Estado Personal

Por favor describa en sus propias palabras el porque usted esta solicitando ayuda financiera:

Nombre de Cliente: _____

Firma de Cliente: _____ Fecha: _____

CONSENTIMIENTO DEL CLIENTE PARA RECOPIACIÓN DE DATOS Y DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN DEL SISTEMA CLARITY

Por medio de la firma de este formulario, autorizo a esta agencia, Samaritan House South, y a las agencias indicadas abajo y adjuntas a compartir información tal como mi nombre, fecha de nacimiento, sexo, raza, origen étnico, idioma(s) que hablo, número del Seguro Social, domicilio particular, número de teléfono, fotografía, ingresos, empleo, información sobre activos y situación de vivienda, información sobre evaluaciones, necesidades, servicios solicitados, servicios recibidos, y otra información pertinente acerca de mí y otros miembros de mi hogar, para los fines de proporcionar servicios tales como alimentos, refugio, vestimenta, transporte, asistencia para la vivienda, servicios públicos, asistencia con los formularios de beneficios, preparación de impuestos, educación sobre finanzas y desarrollo de activos, defensoría y mediación entre propietarios e inquilinos y referencias a otros servicios.

La información que se recopila en la base de datos Clarity se protege por medio de la limitación del acceso a la base de datos y limitando con quiénes se puede compartir la información, en cumplimiento de las normas establecidas por los reglamentos federales, estatales y locales que rigen la confidencialidad de los registros de los clientes. Todas las personas y agencias que estén autorizadas a leer la base de datos o a ingresar información en ella han acordado mantener la seguridad y confidencialidad de la información.

Agencias de Servicios Esenciales	Proveedores de Servicios para Personas sin Hogar	
Coastside Hope	Abode Services	Samaritan House
Daly City Community Services Center	Home and Hope	San Mateo County Department of Housing
Fair Oaks Community Center	StarVista	San Mateo County Health System, Behavioral Health And Recovery Services
Puente de la Costa Sur	Housing Authority of the County Of San Mateo	San Mateo County Human Services Agency
Tides/Pacifica Resource Center	LifeMoves (anteriormente conocido como InnVision Shelter Network)	Service League Of San Mateo County
Samaritan House	Mental Health Association Of San Mateo County	Mateo Lodge
Samaritan House South	Next Step Center, Veterans Resource Center of America	VA Palo Alto Health Care System (VAPAHCS)
YMCA Community Resource Center	Project WeHOPE	San Francisco VA Health Care System (SFVA)

Se han hecho esfuerzos para mantener esta lista actualizada. No obstante, puede haber Agencias de Servicios Esenciales y/o proveedores de servicios para personas sin hogar que han comenzado a participar en el sistema de datos y no están incluidos en esta lista.

En el documento adjunto se indican otras agencias adicionales.

COMPRENDO QUE:

- Otras agencias y proveedores asociados podrán ver mi imagen en una fotografía.
- Las Agencias de Servicios Esenciales y proveedores de servicios para personas sin hogar han firmado acuerdos para mantener la confidencialidad y seguridad de mi información.
- La divulgación de mi información no garantiza que recibiré asistencia, y mi negativa a autorizar el uso de mi información no me descalifica para recibir asistencia.
- Esta autorización se mantendrá en vigencia hasta que la revoque por escrito.
- Mis registros están protegidos por los reglamentos federales, estatales y locales que rigen la confidencialidad de los registros de los clientes y no pueden ser divulgados sin mi consentimiento por escrito a menos que se disponga otra cosa en los reglamentos.

FIRMA DEL CONSENTIMIENTO DE DIVULGACIÓN

Sí, autorizo a esta agencia y a otras agencias asociadas y sus representantes a compartir información acerca de mí y los integrantes de mi hogar para los fines de proporcionar los servicios que estoy solicitando.

Nombre del cliente (En letras de molde)

Firma del cliente

Fecha de la firma

OPCIÓN POR NO AUTORIZAR

No, no autorizo a estas agencias a compartir mi información confidencial.

Nombre del cliente (En letras de molde)

Firma del cliente

Fecha de la firma

SOLO PARA USO DE LA AGENCIA

Nombre del miembro del personal
firma (En letras de molde)

Firma del miembro del
personal de la Agencia

Fecha de la

DISTRIBUCIÓN: Original firmado al archivo del cliente en la Agencia