



ERU@fsmontco.org

Tel: 610-630-2111 x235

Fax: 610-630-4003



YOUR WAY HOME
MONTGOMERY COUNTY

Solicitud para Asistencia de Servicios Públicos y Alquiler de Emergencia Coalición de Your Way Home

Instrucciones

Estos datos se coleccionan con el propósito de evaluar la admisión inicial y la elegibilidad para el programa de la Coalición de servicios públicos y alquiler de emergencia de Your Way Home en respuesta al COVID-19, llamado ERUC-CV. La información contenida en este formulario se ingresará en el Sistema de Administración de Información para Personas sin Hogar (HMIS) del Condado de Montgomery, Clarity, con su permiso firmado. Si lo permite, esta agencia puede compartir información limitada sobre usted con otras agencias de Your Way Home Montgomery County (YWH) de las cuales también puede solicitar servicios. No le negaremos ayuda si no desea que compartamos su información de identificación personal.

Además, esta es una declaración escrita del beneficiario que documenta el ingreso (bruto) mensual en el momento de la solicitud, el número de miembros beneficiarios en la familia o el hogar y las características relevantes de cada miembro con los propósitos de la determinación de ingresos. Para los propósitos de este reglamento, los ingresos se definirán de acuerdo con el Código de Regulaciones Federales en 24 CFR, Parte 5.

La información proporcionada en este formulario está sujeta a verificación en cualquier momento, y el Título 18, Sección 1001 del Código de los EE. UU. Establece que una persona es culpable de un delito grave y que la asistencia puede ser cancelada por hacer a sabiendas y voluntariamente una declaración falsa o fraudulenta a un Departamento del Gobierno de los Estados Unidos. Todos los miembros adultos beneficiarios deben firmar esta declaración para certificar que la información es completa y precisa, y que la documentación original se proporcionará a pedido.

Fecha: _____

Marque (✓) una o más casillas:

Esta agencia puede compartir mi información de identificación personal dentro de YWH Data Systems

Por favor, trate la información sobre mis hijos menores de 17 años de la misma manera que la mía.

Tenga en cuenta que también podemos compartir la siguiente información:

- Servicios que recibe • Historial militar
- Sus ingresos • Situación de vida e historial de vivienda
- Estado de referencia para servicios de vivienda • Su plan de vivienda

Esta agencia **no** puede compartir mi información de identificación personal dentro del Sistema de Datos de YWH.

PARTE I: Información y composición del hogar

Información de la persona encargada del hogar:

Nombre: _____ Apellido: _____



Fecha de Nacimiento: _____

Numero de Seguro Social: _____ - ____ - _____ (No requerido)

Correo Electronico: _____

Numero de Tel: _____

Direccion: _____

Ciudad, Estado, Codigo Postal _____

¿Es usted un residente del condado de Montgomery? Si No

Género (elija uno):

- Femenino Masculino Trans Femenino Trans Masculino No conforme de género
 No sé Rechazo a responder

Raza (elija tantas como corresponda):

- Indio americano o nativo de Alaska Asiático Afroamericano Nativo de Hawái u otra isla del Pacífico
 Blanco No sé Rechazo a responder

Origen étnico (elija uno):

- No hispano / no latino Hispano / latino No sé Rechazo a responder

Estado de veterano (elija uno):

- No Sí No sé Rechazo a responder

Tiene alguna discapacidad física?

- No Sí No sé Rechazo a responder

En caso afirmativo, ¿se espera que la discapacidad física sea de duración prolongada e indefinida y que afecte sustancialmente su capacidad para vivir de forma independiente?

- No Sí No sé Rechazo a responder

¿Tiene una discapacidad de desarrollo?

- No Sí No sé Rechazo a responder

En caso afirmativo, ¿se espera que la discapacidad del desarrollo afecte su capacidad para vivir de forma independiente?

- No Sí No sé Rechazo a responder

¿Tiene una enfermedad crónica?

No Sí No sé Rechazo a responder

En caso afirmativo, ¿se espera que la condición de salud crónica sea de duración prolongada e indefinida y que afecte sustancialmente su capacidad para vivir de forma independiente?

No Sí No sé Rechazo a responder

¿Tiene VIH / SIDA?

No Sí No sé R a responder

En caso afirmativo, ¿se espera que el VIH / SIDA afecte sustancialmente su capacidad para vivir de forma independiente? No Sí No sé Rechazo a responder

¿Tiene una condición de salud mental?

No Sí No sé Negarse a responder

En caso afirmativo, ¿se espera que la afección de salud mental sea de duración prolongada e indefinida y que afecte sustancialmente su capacidad para vivir de forma independiente?

No Sí No sé Rechazo a responder

¿Tiene una condición de abuso de sustancias?

No Abuso de alcohol Abuso de drogas Tanto el abuso de alcohol como de drogas No sé

Rechazo a responder

Si la respuesta es Sí por abuso de alcohol, abuso de drogas o ambos, ¿se espera que la condición de uso de sustancias sea de duración prolongada e indefinida y que afecte sustancialmente su capacidad para vivir de forma independiente? No Sí No sé Rechazo a responder

¿Es usted víctima o sobreviviente de violencia doméstica?

No Sí No sé Rechazar responder

Si la respuesta es Sí, ¿cuándo ocurrió la experiencia?

Dentro de los últimos 3 meses Hace tres a seis meses Hace seis meses a un año

Hace un año o más No sé Rechazo a responder

Si la respuesta es Sí, ¿está huyendo actualmente?

No Sí No sé Rechazo a responder

La noche anterior a esta aplicación, ¿dónde dormiste? _____

¿Cuánto tiempo ha estado durmiendo en el lugar que escribió arriba?

Una noche o menos De dos a seis noches Una semana o más, pero menos de un mes

Un mes o más, pero menos de 90 días 90 días o más, pero menos de un año Un año o más No sé

Rechazo a responder

¿Está actualmente cubierto por un seguro médico?

No Sí No sé Rechazo a responder



En caso afirmativo, responda "Sí" o "No" para cada opción de seguro médico. Responda "no" para las fuentes que han sido canceladas, incluso si las recibió en el pasado.

No	Si	Fuente
		Medicaid
		Medicare (seguro medico federal para personas mayores de 65 años)
		PA CHIP
		Servicios médicos de la Administración de Veteranos (VA)
		Seguro médico proporcionado por el empleador
		Seguro médico obtenido a través de COBRA
		Seguro médico de pago privado
		Programa de servicios de salud para indígenas
		Seguro médico estatal para adultos
		Otro seguro médico:

¿Recibe actualmente algún beneficio público no monetario de alguna fuente?

No Sí No sé Negarse a responder

En caso afirmativo, responda "Sí" o "No" para cada opción de beneficio que no sea en efectivo. Responda "no" para las fuentes que han sido canceladas, incluso si las recibió en el pasado

No	Si	Fuente
		Programa de asistencia nutricional suplementaria (SNAP)
		Programa especial de nutrición suplementaria para mujeres, bebés y niños (WIC)
		Servicios de cuidado infantil de TANF
		Servicios de transporte TANF
		Cualquier otro servicio financiado por TANF:
		Otra fuente de beneficio público:

Otros miembros del hogar

Número total de personas en el hogar:_____



Nombre de otros miembros del hogar	Relación con el encargado del hogar	Numero de Seg. Soc (Opcional)	Edad	Fecha de Nacimiento MM/DD/YYYY	Genero	Raza	Origen Étnico

Información del propietario

Nombre del arrendador: _____

Otro contacto, si corresponde (por ejemplo, administrador de la propiedad): _____

Correo electrónico del propietario: _____

Número de teléfono del propietario: _____

¿Le ha informado a su arrendador que ha solicitado este programa?

Sí No

¿Usted o su arrendador reciben actualmente algún subsidio de alquiler o de servicios públicos para la dirección que figura en esta solicitud (por ejemplo, Vales de elección de vivienda, también conocido como "Sección 8")?

Sí No No sé

PARTE II: Ingresos del hogar: Persona al frente del hogar y otros miembros del hogar

Informe el ingreso bruto ajustado de los 30 días anteriores de todos los miembros del hogar. Informe únicamente sobre las fuentes de ingresos regulares y recurrentes que estén al día (es decir, no canceladas). Incluya cualquier ingreso recibido en su hogar que reciba cualquier adulto o menor (por ejemplo, SSI), pero no incluya los ingresos laborales que reciba cualquier menor. ¿Tiene usted o algún otro miembro adulto del hogar algún ingreso actual de alguna fuente? No Sí

En caso afirmativo, ingrese la cantidad mensual recibida en función de los ingresos actuales en el momento de la solicitud. Si no está seguro de la cantidad mensual exacta, ingrese su mejor estimación. Responda "No" para las fuentes que se han cancelado, incluso si se recibieron en el pasado.

Fuentes de Ingreso	Recibe ingreso de esta fuente?	Si la respuesta es si, cantidad mensual de este ingreso? (redondear al dolar mas cercano)
Ingresos del trabajo (es decir, ingresos laborales)	No <input type="checkbox"/>	
	Sí <input type="checkbox"/>	\$. 00



YOUR WAY HOME
MONTGOMERY COUNTY

Seguro de desempleo	No	<input type="checkbox"/>				
	Si	<input type="checkbox"/>	\$. 00
Ingreso de seguridad suplementario (SSI)	No	<input type="checkbox"/>				
	Si	<input type="checkbox"/>	\$. 00
Seguro de discapacidad del Seguro Social (SSDI)	No	<input type="checkbox"/>				
	Si	<input type="checkbox"/>	\$. 00
Compensación por discapacidad relacionada con el servicio de VA (Asuntos de Veteranos)	No	<input type="checkbox"/>				
	Si	<input type="checkbox"/>	\$. 00
Pensión por discapacidad de VA no relacionada con el servicio	No	<input type="checkbox"/>				
	Si	<input type="checkbox"/>	\$. 00
Seguro de discapacidad privado	No	<input type="checkbox"/>				
	Si	<input type="checkbox"/>	\$. 00
Compensación al trabajador	No	<input type="checkbox"/>				
	Si	<input type="checkbox"/>	\$. 00
Asistencia temporal para familias necesitadas (TANF)	No	<input type="checkbox"/>				
	Si	<input type="checkbox"/>	\$. 00
Asistencia general (GA)	No	<input type="checkbox"/>				
	Si	<input type="checkbox"/>	\$. 00
Ingresos de jubilación del Seguro Social	No	<input type="checkbox"/>				
	Si	<input type="checkbox"/>	\$. 00
Ingresos de pensión o jubilación de un trabajo anterior	No	<input type="checkbox"/>				
	Si	<input type="checkbox"/>	\$. 00
Manutención de niños	No	<input type="checkbox"/>				
	Si	<input type="checkbox"/>	\$. 00
Pensión alimenticia u otra manutención del cónyuge	No	<input type="checkbox"/>				
	Si	<input type="checkbox"/>	\$. 00
Otra fuente En caso afirmativo, especifique la fuente: _____	No	<input type="checkbox"/>				
	Si	<input type="checkbox"/>	\$. 00
Ingreso mensual total de todas las fuentes			\$. 00



PARTE III: Necesidad relacionada con COVID

Dificultades financieras e inestabilidad de la vivienda debido a COVID- 19 Marque tantas casillas como corresponda

- Fue despedido de su lugar de trabajo principal como resultado directo de COVID-19.
- Tuvo una reducción en sus ingresos como resultado directo de COVID-19.
- Usted o un miembro de su hogar ha sido diagnosticado con COVID-19 o está experimentando síntomas de COVID-19 y está buscando un diagnóstico médico.
- Está cuidando a un miembro de su familia o un miembro de su hogar que ha sido diagnosticado con COVID-19.
- Un niño u otra persona en su hogar del cual usted tiene la responsabilidad principal de cuidado no puede asistir a la escuela u otra instalación que esté cerrada como resultado directo de la emergencia de salud pública de COVID-19 y dicha escuela o instalación es necesaria para que usted trabaje.
- No puede llegar a su lugar de trabajo (o comenzar a trabajar) debido a la cuarentena impuesta o la autocuarentena (bajo la dirección del proveedor de atención médica) como resultado directo de la emergencia de salud pública COVID-19.
- Se ha convertido en el sostén de la familia o en el principal apoyo de un hogar como resultado directo de COVID-19.
- Tuvo que renunciar a su trabajo como resultado directo de COVID-19.
- Su lugar de trabajo está cerrado como resultado directo de COVID-19.
- Sin la ayuda proporcionada por este programa, me quedaría sin hogar o estoy sin hogar

Necesidad de asistencia para el alquiler y los servicios públicos

Debido a estos impactos de COVID-19, necesito ayuda con (elija uno):

- Alquiler Servicios públicos Ambos

Alquiler por mes (como se muestra en mi contrato de arrendamiento): \$ _____ # de meses adeudados en alquiler: _____

Total de atrasos de alquiler (incluidos los cargos por demora documentados u otros cargos) en el momento de la solicitud: \$ _____

Tengo deudas atrasadas de los siguientes servicios públicos: Gas Aceite Eléctrico Agua / alcantarillado Internet
 Ninguno de estos Otro:

Total de atrasos de servicios públicos (incluidos los cargos por demora documentados u otros cargos) en el momento de la solicitud: \$ _____

Declaración jurada de duplicación de beneficios

Sección 312 de la Ley de Asistencia de Emergencia y Alivio en Casos de Desastre Robert T. Stafford, (42 U.S.C.5121-5207) (Ley Stafford) El beneficiario acepta que si recibe más beneficios federales por los mismos servicios recibidos bajo este programa ERUC-CV, el beneficiario informará que recibe los beneficios dentro de un (1) mes de haber recibido los ingresos y / o beneficios adicionales. Si el beneficiario no informa los beneficios federales adicionales, entonces el Condado de Montgomery puede requerir el reembolso inmediato y total del monto total de la cantidad otorgada por el Condado de Montgomery.

Desde el 1 de marzo de 2020, ¿usted o algún otro miembro adulto de su hogar ha recibido asistencia para el alquiler o servicios públicos para la dirección que figura en esta solicitud, de alguna otra fuente?

- Sí No



En caso afirmativo, describa la fuente de financiación anterior, los meses en que recibió asistencia y la cantidad total recibida:

PARTE IV: Certificación

Yo / nosotros afirmamos y verificamos que yo / nosotros no hemos recibido pago u otra asistencia financiera que pudiera crear una duplicación de beneficios bajo este programa de subvenciones.

Certifico / certificamos que esta información es completa y precisa. Yo / nosotros aceptamos proporcionar, a petición, documentación sobre todas las fuentes de ingresos. Reconozco que entiendo que hacer la certificación es bajo pena de perjurio y falsificación intencional al autocertificar que puedo llamar en una o más de estas categorías es fraude.

Además, cuando firma este formulario, demuestra que comprende lo siguiente:

- Las personas con acceso a los sistemas de datos de Your Way Home (YWH) están capacitadas en protocolos de seguridad para proteger sus datos y solo se les permite ver sus datos cuando usted trabaja específicamente con su agencia.
- Si solicita servicios de otra agencia de YWH, su información se compartirá solo con fines de derivación.
- YWH puede usar información derivada de sus datos para crear informes para compartir con los patrocinadores, la comunidad y los socios para comprender mejor el alcance de la falta de vivienda y los servicios que se brindan. Su información de identificación personal nunca se utilizará en estos informes.

Persona al frente del hogar :		
Firma	Nombre imprinto	Fecha
Otros Adultos viviendo en el hogar (no se require firmas):		
Nombre		
Nombre		
Nombre		

** Si el hogar no puede firmar digital o físicamente la certificación, esto certifica que el hogar proporcionó una certificación verbal a la agencia que brinda los servicios:

Firma del representante del proveedor sin fines de lucro: _____

Nombre impreso del representante del proveedor sin fines de lucro: _____

Fecha: _____



Programa de Asistencia para Alquiler y Servicios Públicos de Emergencia (ERU)
LISTA DE VERIFICACIÓN

- Identificaciones con foto de todos los miembros adultos del hogar
- Contrato de alquiler / arrendamiento
- Documentación de ingresos de los últimos 30 días
- Prueba de dificultades económicas (como verificación de desempleo o prueba de solicitud, cartas de prueba del empleador anterior, es decir, pérdida de horas, etc. Llame si no está seguro de qué enviar).
- Verificación de la dirección por parte de un tercero (como copia de la licencia de conducir, factura de servicios públicos, etc.)
- Copia de las facturas de servicios públicos vencidas (gas, electricidad y / o agua)
- Solicitud completa con firma (la firma electrónica es aceptable).

*Nota: Cuando complete la solicitud, la página 6 le preguntará sobre las dificultades financieras relacionadas con COVID. La última casilla en la página 6 **DEBE ESTAR MARCADA** para poder procesar su solicitud.*

Nombre
Dirección
Código postal
Número de teléfono
Correo electrónico

Firma

Fecha

Envíe su solicitud y documentación completadas a:

Family Services
A la atención de: ERU
3125 Ridge Pike
Eagleville, PA 19403
ERU@fsmontco.org
Fax: 610-630-4003

Si tiene preguntas o necesita ayuda, comuníquese al 610-630-2111 ext. 235 o ERU@fsmontco.org