

FORMA DE LA EVALUACION DEL CLIENTE DE HCEC

Es **MUY IMPORTANTE** que conteste **TODAS** las preguntas. Por favor **IMPRIMA CLARAMENTE**

Nombre _____ Telefono _____ Correo electronico _____
Tenemos permiso para dejar un mensaje a este numero ? Si _____ No _____

Fecha de nacimiento _____ Genero: Hembra _____ Masculino _____ Transgenero _____

Direccion actual: _____ Ciudad _____Codigo Postal _____

Direccion de envio (si diferente-PO Box): _____ Ciudad _____ Codigo Postal _____

¿Cual es su idioma preferido? _____ ¿Cual otro idioma se habla en su casa? _____

Por favor **MARQUE TODO** lo que aplique a usted:

- Familia Dueno de hogar Individual (vive solo) Sin hogar Vivienda de alquiler/Dueño de propiedad
- Inquilino (Nombre del propietario: _____) En Riesgo de falta de vivienda o quedandose con amigos o familia

Nivel de educacion: __ Ninguno __ Elemental __ diploma de secundaria/ GED __ Escuela vocacional _____ Graduado

¿Ha servido alguna vez en servicio activo militar? __ Si __ No __ Inseguro

Si es asi , ¿ En cual ? __ Guardia Costal __ Ejército __ Fuerza Aerea __ Navy __ Marineros __ Guarda Nacional Otro: _____

Etnicidad: __ Hispano __ No Hispano

Raza (Marque todo lo que aplique): __ Indio Americano / De Alaska __ Asiatico __ Negro / Africano Americano
__ Americano Nativo/ Nativo de Alaska __ Blanco __ Elejir no responder __ Otro (por favor de listar): _____

¿QUE SERVICIOS ESTA BUSCANDO?:

- Apoyo de inquilino/propietario/Mediacion de Derechos & responsabilidades Busqueda de Vivienda o refugio
- Asistencia Financiera Condiciones antihigiénicas/ Propietario cumplimiento de plomo
- Ayuda para la Hipoteca/Apoyo Quejas del Consumidor/Reclamos Menores

¿Quien lo refirio o como se entero de los servicios de BCRHA? _____

Por favor de completar toda la informacion a continuacion. Escriba n/a si no es aplicable a su situacion:

¿Esta sin hogar ahora? Si _____ No _____ ¿Donde durmio anoche? _____

Si no tiene hogar, ¿tiene alguna familia o amigos con los que pueda quedarse temporalmente hasta que encuentre un apartamento? _____ Si _____ No Si tiene, ¿Quien? _____

Si necesita mudarse, ¿tiene un nuevo apartamento? __ SI __ No; ¿Cuanto es la renta mensual? _____

¿QUE LE TRAE AQUI HOY? (por favor marque todos lo que apliquen)

En Peligro de Quedar Sin Hogar: (por favor marque todos lo que apliquen)

- Fui negado asistencia de emergencia (EA/shelter) Debo \$ _____ de renta y me estan desalojando
- Tengo un aviso de 14 días para desalojar *Si esta atrasado en renta, cuantos meses? _____*
- Tengo un aviso de 30 días de eviccion Mi propietario está siendo embargado y necesito mudarme
- Tengo una queja de proceso sumario Mi apartamento está en mal estado y necesito mudarme
- Tengo un acuerdo jucial o un juicio Estoy atrasado con mi hipoteca por __ meses y debo \$ _____
- Voy a quedar sin hogar en 30 días o menos Estoy doblado y tengo que mudarme

Housing Search:

- Necesito ayuda para encontrar un hogar permanente
- Me quedo en un shelter por las noches
- Vivo en la calle y necesito ayuda para conseguir hogar
- Quiero saber como obtener un subsidio

VIOLENCIA DOMESTICA:

- Soy una victima de violencia domestica.
- ¿Hace cuanto tiempo? _____
- ¿Es residente de Massachusetts? Si _____ No _____

Otro:

- Pago mas de 50% de mis ingresos a mi costo de hogar Necesito ayuda para lidiar con mi propietario para hacer arreglos
- Me gustaria saber mas sobre comprar una casa Tengo problemas con mi propietario – problemas de propiedad

Estoy atrasado en mis utilidades y tengo avisos de corte Necesito ayuda para hacer mi hogar accesible para deshabilitados
¿Cuanto debe para las utilidades? \$ _____ ¿Tiene un subsidio de vivienda o vive en vivienda publica?
 Estoy sin calificación (come Sección 8, MRVP) y ¿de que agencia? _____
He aplicado para asistencia de combustible: Si No
Si es así, ¿cuando?

Fair Housing:

Siento que he sido discriminado por la vivienda He sido negado vivienda

Fuente de Ingresos (Marque todo lo que aplique):

Salario TAFDC/EAEDC(DTA) (Cupones de alimento)/WIC SSI/SSDI Pension Alimenticia Desempleo
 Soporto de Niños CHIP Jubilacion/ Pension Estipendio de Refugio Beneficios Veteranos
 Seguro Medico/Enfermedad Sin Ingresos Asistencia de combustible Otro (por favor de listar): _____

Total De Ingresos Mensual: \$ _____ (incluir los ingresos de **todos** los miembros de familia); **Cupones de alimento** \$ _____

Gasto mensual de Renta/Hipoteca: \$ _____ (no incluya cable/telefono); **Gasto mensual gas/aceite/electricidad:** \$ _____

Has estado empleado en los últimos 5 años? Si No Si es así, donde? _____

Listar el total de cuenta de cheques o de ahorros, acciones, etc.)\$ _____

Numero de **Adultos** en su hogar: _____ Numero de **Niños:** _____ Edades: _____ **Embarazada?** Si or No

Esta atrasado en la renta, **cuantos meses?** _____ **Cantidad que debe?** _____

¿Hay alguien incapacitado en su hogar? Si No

Si esta buscando ayuda financiera, espera un aumento o disminucion en ingresos o en gastos? Si No

Por favor explique por qué esta aqui

La Ley de Violencia contra Mujeres y Reautorización del Departamento de Justicia (Violence Against Women and Justice Department Reauthorization Act) de 2005 ("VAWA") protege a los inquilinos cualificados, participantes y solicitantes y a los familiares de inquilinos, participantes y solicitantes que son víctimas de violencia doméstica, violencia en citas o acecho en caso de que se les negase asistencia en la vivienda, o fueran desahuciados o excluidos de la asistencia en la vivienda por causa de actos de esa clase de violencia contra ellos.

*****IMPORTANTE --- FAVOR DE FIRMAR!!!**

Toda la información presentada anteriormente, incluyendo los ingresos de los miembros de la familia, es verdadero a lo mejor de mi conocimiento. Entiendo que al firmar a continuación doy permiso a Berkshire Housing & BCRHA para compartir esta evaluación y otra información proporcionada, con el fin de coordinar los servicios más eficaces y eficientes a mi hogar. Entiendo que este permiso se otorga en virtud de la Sección 2 del Capítulo 66A de la Ley General de Massachusetts, el Acto Justo de Prácticas de Información. Este consentimiento caduca automáticamente un año desde la fecha de firma o cuando se cancelan los servicios, lo que ocurra primero.

FIRME AQUI:

FECHA:

Firma