



49 NW 1<sup>st</sup> St., Suite 6  
 Ontario, OR 97914  
 (541) 889-9555  
 Fax: (541) 889-0768  
 www.communityinaction.info

## Formulario de Admisión

Si alguna persona tiene una discapacidad u otra necesidad médica que necesita alojamiento con respecto a este formulario debe informar cualquier persona del personal de CinA.

**Terminación de este documento no garantiza asistencia. Consentimiento para liberar información debe ser completada por todas las personas mayores de 18 años.**

### Sección 1: Hogar

**A. Tipo Domestico:** Seleccione de los siguientes al cual mejor describe a su hogar. Por Favor de seleccionar solamente uno.

- Individuo                       Madre Soltera                       Padre Soltero                       Pareja sin Hijos  
 Familia con dos Padres     Abuelo(s) y Niños                       Foster Parent(s)                       Otro: \_\_\_\_\_

**B. Demografía del Hogar.** A parte del adulto primario, indique a todos los demás miembros de su familia. Use el nombre legal correcto para cada miembro como aparece en su tarjeta de Seguro Social o documentos INS. Incluyan a todos las personas que buscan servicios y que viven en el hogar.

Nombre y Género <i>Ultimo, Primero</i>	Relación con el Adulto Primario	Información Personal	Raza* (Seleccione todas las que aplican)	Etnicidad*	Discapacidad	Tipo de Discapacidad* (si es aplicable)	Reciben Tratamiento	Número de Seguro Social
<input type="checkbox"/> Macho <input type="checkbox"/> Hembra <input type="checkbox"/> Género Trans	Adulto Primario	FDN: _____ Edad: _____ Asisten a la Escuela: _____ Ultimo año Escolar: ____	<input type="checkbox"/> Indio Americano o Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Asia <input type="checkbox"/> Negro o Afroamericano <input type="checkbox"/> Nativo Hawaiano o Isleño del Pacifico <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Rechazado	<input type="checkbox"/> Hispano <input type="checkbox"/> No Hispano	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ¿Diagnosticada por un médico? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Abuso de Alcohol <input type="checkbox"/> Discapacidad del desarrollo <input type="checkbox"/> Abuso de Drogas <input type="checkbox"/> VIH/SIDA <input type="checkbox"/> Enfermedad Mental <input type="checkbox"/> Fisica Medica <input type="checkbox"/> Fisica/ Movilidad <input type="checkbox"/> Otra discapacidad <input type="checkbox"/> Prefiero no contestar	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Proveedor: _____	- - -0- <input type="checkbox"/> Yo no sé o no tengo <input type="checkbox"/> Elijo no proporcionar me SSN
<input type="checkbox"/> Macho <input type="checkbox"/> Hembra <input type="checkbox"/> Género Trans		FDN: _____ Edad: _____ Asisten a la Escuela: _____ Ultimo año Escolar: ____	<input type="checkbox"/> Indio Americano o Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Asia <input type="checkbox"/> Negro o Afroamericano <input type="checkbox"/> Nativo Hawaiano o Isleño del Pacifico <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Rechazado	<input type="checkbox"/> Hispano <input type="checkbox"/> No Hispano	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ¿Diagnosticada por un médico? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Abuso de Alcohol <input type="checkbox"/> Discapacidad del desarrollo <input type="checkbox"/> Abuso de Drogas <input type="checkbox"/> VIH/SIDA <input type="checkbox"/> Enfermedad Mental <input type="checkbox"/> Fisica Medica <input type="checkbox"/> Fisica/ Movilidad <input type="checkbox"/> Otra discapacidad <input type="checkbox"/> Prefiero no contestar	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Proveedor: _____	- - -0- <input type="checkbox"/> Yo no sé o no tengo <input type="checkbox"/> Elijo no proporcionar me SSN
<input type="checkbox"/> Macho <input type="checkbox"/> Hembra <input type="checkbox"/> Género Trans		FDN: _____ Edad: _____ Asisten a la Escuela: _____ Ultimo año Escolar: ____	<input type="checkbox"/> Indio Americano o Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Asia <input type="checkbox"/> Negro o Afroamericano <input type="checkbox"/> Nativo Hawaiano o Isleño del Pacifico <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Rechazado	<input type="checkbox"/> Hispano <input type="checkbox"/> No Hispano	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ¿Diagnosticada por un médico? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Abuso de Alcohol <input type="checkbox"/> Discapacidad del desarrollo <input type="checkbox"/> Abuso de Drogas <input type="checkbox"/> VIH/SIDA <input type="checkbox"/> Enfermedad Mental <input type="checkbox"/> Fisica Medica <input type="checkbox"/> Fisica/ Movilidad <input type="checkbox"/> Otra discapacidad <input type="checkbox"/> Prefiero no contestar	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Proveedor: _____	- - -0- <input type="checkbox"/> Yo no sé o no tengo <input type="checkbox"/> Elijo no proporcionar me SSN
<input type="checkbox"/> Macho <input type="checkbox"/> Hembra <input type="checkbox"/> Género Trans		FDN: _____ Edad: _____ Asisten a la Escuela: _____ Ultimo año Escolar: ____	<input type="checkbox"/> Indio Americano o Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Asia <input type="checkbox"/> Negro o Afroamericano <input type="checkbox"/> Nativo Hawaiano o Isleño del Pacifico <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Rechazado	<input type="checkbox"/> Hispano <input type="checkbox"/> No Hispano	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ¿Diagnosticada por un médico? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Abuso de Alcohol <input type="checkbox"/> Discapacidad del desarrollo <input type="checkbox"/> Abuso de Drogas <input type="checkbox"/> VIH/SIDA <input type="checkbox"/> Enfermedad Mental <input type="checkbox"/> Fisica Medica <input type="checkbox"/> Fisica/ Movilidad <input type="checkbox"/> Otra discapacidad <input type="checkbox"/> Prefiero no contestar	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Proveedor: _____	- - -0- <input type="checkbox"/> Yo no sé o no tengo <input type="checkbox"/> Elijo no proporcionar me SSN

\* Esta información es voluntaria y es utilizada únicamente con propósitos de estadísticos.

Por favor continúe a la siguiente página. ➡

Pida copias adicionales de esta página si hay más de 4 personas que pertenecen a su hogar.

## Sección 2: Información de Contacto

Dirección Postal: \_\_\_\_\_  
 (Dirección y Apartamento o PO Box)

\_\_\_\_\_  
 (Ciudad) (Estado) (Código Postal)

Teléfono: \_\_\_\_\_ Correo Electrónico: \_\_\_\_\_

## Sección 3: Ingresos y Beneficios

### A. Ingresos y Beneficios en Efectivo

¿Cualquier miembro de la familia recibió **beneficios de ingresos o dinero en efectivo** en los últimos 30 días? .....  Sí  No

En caso afirmativo, indique la cantidad mensual de cada una de las siguientes fuentes:

Tipo de Ingresos	Cantidad Mensual Bruto	¿Quién?	Fecha aprox. Ingresos Comenzaron	Tipo de Ingresos	Cantidad Mensual Bruto	¿Quién?	Fecha aprox. Ingresos Comenzaron
Mantenimiento de menores	\$ _____	<input type="checkbox"/> Adulto Primario <input type="checkbox"/> Otro: _____		Seguro Social Jubilación	\$ _____	<input type="checkbox"/> Adulto Primario <input type="checkbox"/> Otro: _____	
Ingreso Ganado Empleador: _____ _____	\$ _____	<input type="checkbox"/> Adulto Primario <input type="checkbox"/> Otro: _____		SSDI	\$ _____	<input type="checkbox"/> Adulto Primario <input type="checkbox"/> Otro: _____	
Pensión	\$ _____	<input type="checkbox"/> Adulto Primario <input type="checkbox"/> Otro: _____		SSI	\$ _____	<input type="checkbox"/> Adulto Primario <input type="checkbox"/> Otro: _____	
Autoempleo	\$ _____	<input type="checkbox"/> Adulto Primario <input type="checkbox"/> Otro: _____		TANF	\$ _____	<input type="checkbox"/> Adulto Primario <input type="checkbox"/> Otro: _____	
Lista de Valores (cuenta de cheque, ahorros, 401K, acciones/bonos, vehículo, etc):	Valor \$ _____	<input type="checkbox"/> Adulto Primario <input type="checkbox"/> Otro: _____		Desempleo	\$ _____	<input type="checkbox"/> Adulto Primario <input type="checkbox"/> Otro: _____	
	Valor \$ _____	<input type="checkbox"/> Adulto Primario <input type="checkbox"/> Otro: _____		Beneficios de los Veteranos	\$ _____	<input type="checkbox"/> Adulto Primario <input type="checkbox"/> Otro: _____	
	Valor \$ _____	<input type="checkbox"/> Adulto Primario <input type="checkbox"/> Otro: _____		Compensación del trabajador	\$ _____	<input type="checkbox"/> Adulto Primario <input type="checkbox"/> Otro: _____	
				Otro: (ayuda financiera, seguro, etc.)	\$ _____	<input type="checkbox"/> Adulto Primario <input type="checkbox"/> Otro: _____	

Si no recibe ingresos, ¿de dónde saca \$ para pagar sus cuentas? \_\_\_\_\_

### B. Beneficios que no son de Dinero en Efectivo

¿Cualquier miembro de la familia recibió **beneficios no monetarios** en los últimos 30 días? .....  Sí  No

En caso afirmativo, indique la cantidad de cada una de las siguientes fuentes:

Tipo de Ingresos	Cantidad Mensual Bruto	¿Quién?	Fecha aprox. Ingresos Comenzaron	Tipo de Ingresos	Cantidad Mensual Bruto	¿Quién?	Fecha aprox. Ingresos Comenzaron
Estampillas de Comida (SNAP)	\$ _____	<input type="checkbox"/> Adulto Primario <input type="checkbox"/> Otro: _____		Servicios de Cuidado Infantil TANF	\$ _____	<input type="checkbox"/> Adulto Primario <input type="checkbox"/> Otro: _____	
Medicaid	N/A	<input type="checkbox"/> Adulto Primario <input type="checkbox"/> Otro: _____		Servicios de Transporte de TANF	\$ _____	<input type="checkbox"/> Adulto Primario <input type="checkbox"/> Otro: _____	
Medicare	N/A	<input type="checkbox"/> Adulto Primario <input type="checkbox"/> Otro: _____		Otros Servicios Financiados por TANF	\$ _____	<input type="checkbox"/> Adulto Primario <input type="checkbox"/> Otro: _____	
SCHIP	N/A	<input type="checkbox"/> Adulto Primario <input type="checkbox"/> Otro: _____		Subsidio de Alquiler (Sección 8, HUD)	\$ _____	<input type="checkbox"/> Adulto Primario <input type="checkbox"/> Otro: _____	
Spec. Supp. Nutrition, aka WIC	\$ _____	<input type="checkbox"/> Adulto Primario <input type="checkbox"/> Otro: _____		Otro: _____	\$ _____	<input type="checkbox"/> Adulto Primario <input type="checkbox"/> Otro: _____	
Servicios Médicos VA	N/A	<input type="checkbox"/> Adulto Primario <input type="checkbox"/> Otro: _____		Otro: _____	\$ _____	<input type="checkbox"/> Adulto Primario <input type="checkbox"/> Otro: _____	

**Sección 4: Estado de la Vivienda y Otros Datos Demográficos**

A. ¿Donde han estado viviendo o permaneciendo hasta hoy? Por favor marque uno:

- |   |   |  |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Refugio de emergencia (incluyendo cupón de hotel/motel)    | <input type="checkbox"/> Propiedad Mía<br><input type="checkbox"/> Con Subsidio <input type="checkbox"/> Sin Subsidio   | <input type="checkbox"/> Quedando con Familia                          |
| <input type="checkbox"/> Casa de Cuidado e Hogar en Grupo                           | <input type="checkbox"/> Viviendas Permanentes Para Personas sin Hogar  | <input type="checkbox"/> Quedando con Amigos                           |
| <input type="checkbox"/> Hospital (Non-Psiquiátrico)                                | <input type="checkbox"/> Hospital Psiquiátrico o Centro   | <input type="checkbox"/> Centro de Tratamiento de Abuso de Substancias |
| <input type="checkbox"/> Hotel o Motel pagado sin el cupón de refugio de emergencia | <input type="checkbox"/> Alquiler por mi<br><input type="checkbox"/> Con Subsidio <input type="checkbox"/> Sin Subsidio | <input type="checkbox"/> Vivienda de Transición                        |
| <input type="checkbox"/> Cárcel, Prisión o Reformatorio                             |   | <input type="checkbox"/> Coche   |
| <input type="checkbox"/> Otro: _____  |   | <input type="checkbox"/> Prefiero no Contestar                         |

B. ¿Cuanto tiempo han estado quedando en la situación anterior?

- |  |  |                                       |
|--|--|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Una semana o menos                      | <input type="checkbox"/> Uno a Tres Meses                        | <input type="checkbox"/> Un Año o Mas |
| <input type="checkbox"/> Más de una Semana, pero menos de un mes | <input type="checkbox"/> Más de tres meses, pero menos de un año |                                       |

C. ¿Por qué no puede seguir viviendo ahí?

- |  |  |  |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Viola el contacto de alquiler   | <input type="checkbox"/> Hotel: no puede pagar | <input type="checkbox"/> Aviso de 72 Horas               |
| <input type="checkbox"/> Te piden que abandones el hogar | <input type="checkbox"/> Violencia Domestica   | <input type="checkbox"/> Citación de la corte o desaloje |
| <input type="checkbox"/> Otro: _____                     | <input type="checkbox"/> Violas: _____         |  |

¿Cuándo está obligado a estar fuera?

- |  |  |  |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Una Semana (Dentro de 7 días) | <input type="checkbox"/> Dos Semanas (Dentro de 14 días) | <input type="checkbox"/> Lo Más Pronto Posible |
|--|--|--|

D. ¿Dónde dormiste anoche?

- |   |   |  |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> En la calle  | <input type="checkbox"/> Hotel o Motel<br>¿Quién lo pago? _____   | <input type="checkbox"/> Quedando con Familia                          |
| <input type="checkbox"/> Refugio de Emergencia  | <input type="checkbox"/> Propiedad Mía<br><input type="checkbox"/> Con Subsidio <input type="checkbox"/> Sin Subsidio | <input type="checkbox"/> Quedando con Amigos                           |
| <input type="checkbox"/> Casa de Cuidado e Hogar en Grupo   | <input type="checkbox"/> Viviendas Permanentes Para Personas sin Hogar  | <input type="checkbox"/> Centro de Tratamiento de Abuso de Substancias |
| <input type="checkbox"/> Hospital (Non-Psiquiátrico)  | <input type="checkbox"/> Hospital Psiquiátrico o Centro   | <input type="checkbox"/> Vivienda de Transición                        |
| <input type="checkbox"/> Hotel o Motel pagado sin el cupón de refugio de emergencia                                     | <input type="checkbox"/> Otro: _____  | <input type="checkbox"/> No Se   |
| <input type="checkbox"/> Cárcel, Prisión o Reformatorio   |   | <input type="checkbox"/> Prefiero no Contestar                         |
| <input type="checkbox"/> Alquiler por mi<br><input type="checkbox"/> Con Subsidio <input type="checkbox"/> Sin Subsidio |   | <input type="checkbox"/> Coche/ Remolque de Acampar                    |

Cantidad de Recamaras en el hogar \_\_\_\_\_ Renta Mensual \$ \_\_\_\_\_

Útiles: Circule todos los que usted paga (agua, gas, electricidad, basura) \$ \_\_\_\_\_ total de todos los útiles al mes

¿Cuál es/era el código postal de su última dirección permanente? \_\_\_\_\_  No Se  Prefiero no Contestar¿Es usted/ su familia actualmente sin hogar?..... Sí  No¿Eres una sobreviviente de violencia domestica?..... Sí  No  Prefiero no Contestar

En caso afirmativo: ¿Hace cuánto fue el último incidente?

- |  |   |  |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> En los últimos tres meses | <input type="checkbox"/> De seis a doce meses | <input type="checkbox"/> No Se                 |
| <input type="checkbox"/> Tres a seis meses         | <input type="checkbox"/> Hace más de un año   | <input type="checkbox"/> Prefiero no Contestar |

¿Es usted, o un miembro de su hogar un veterano militar de Los Estados Unidos?  Si  No  Prefiero no Contestar¿Algún individuo que aparece en la Pagina 1 está en libertad condicional? ..... Sí  No

En caso afirmativo: Nombre del individuo, fecha de condena más reciente: \_\_\_\_\_

¿Algún individuo ha sido condenado de un delito sexual o de drogas ilegales?.....  Sí  No

En caso afirmativo: Nombre del individuo, fecha de condena más reciente: \_\_\_\_\_

¿Algún individuo que aparece en la Pagina 1 tiene una tarjeta de marihuana medical? .....  Sí  No

---

**Aviso de uso**

**Community in Action** proporciona servicios a través de una variedad de fuentes, que pueden incluir subvenciones gubernamentales, fondos públicos o subvenciones de fundaciones privados. **Community in Action** requiere cierta información para tener en cuenta cómo se utilizan estos fondos. Además, esta información podría ayudar en el esfuerzo para terminar falta de vivienda demostrando cómo muchos individuos y familias del área necesitan servicios.

Por esta razón, le han pedido a proporcionar la información en este formulario. La información que usted ha proporcionado será utilizada para proporcionar información estadística sobre los servicios prestados a personas sin hogar (o las personas en riesgo de falta de hogar) en el Condado de Malheur y entró en un sistema de gestión de la información sin hogar (HMIS).

Su información se mantendrá confidencial lo más posible: sólo se verá por personas empleadas o voluntarios de **Community in Action** o administrador o auditoría del HMIS.

**Declaración de Precisión**

Bajo pena de perjurio, yo/nosotros certificamos, a través de mi/nuestra firma a continuación, que toda la información proporcionada en este documento por mí/nosotros es verdadera y exacta. Yo/nosotros entendemos que proporcionando representaciones falsas constituye un acto de fraude. Información falsa, engañosa o incompleta puede resultar en la terminación de cualquier ayuda que me/nos ha proporcionado y puede violar resultando en cargos penales de la ley federal o estatal.

**Declaración de Ordenes Para su Detención**

El adulto primario de la familia certifica a través de la firma a continuación que ningún miembro de la familia tiene cualquier orden pendientes para su detención a través de cualquier corte en el estado de Oregon.

***Terminación de este documento no garantiza asistencia. Consentimiento para liberar información debe ser completada por todas las personas mayores de 18 años.***

¿Que servicio esta pidiendo? \_\_\_\_\_ \$ \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma de Adulto Primario

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma de Cónyuge/Otro Adulto

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Fecha de La Evaluación de Admisión

\_\_\_\_\_  
Firma de Trabajador que Hizo Entrevista

## Plan de Gastos Mensuales

Ingresos Mensuales		
Tema	Bruto	Neto
Ingreso 1		
Ingreso 2		
SSI/SSDI		
Desempleo		
Child Support		
Estampillas de Comida		
Otro		
<b>Subtotal</b>		

Hogar		
Tema	Balance	Cantidad
Hipoteca/Renta		
Impuestos		
Agua/Trenaje		
Electricidad		
Gas		
Basura		
Cable		
Internet		
Teléfono		
Otro		
<b>Subtotal</b>		

Transporte		
Tema	Balance	Cantidad
Pago de Vehículo 1		
Pago de Vehículo 2		
Gas		
Mantenimiento		
Otro		
<b>Subtotal</b>		

Prestamo		
Tema	Balance	Cantidad
Tarjeta de Credito 1		
Tarjeta de Credito 2		
Tarjeta de Credito 3		
Préstamo Día de Pago		
Préstamo Estudiantil		
Préstamo de Titulo		
Cuetas en Colección		
Otro		
<b>Subtotal</b>		

Costo de Los Niños	
Tema	Cantidad
Cuidado de Niño	
Juguetes/Juegos	
Otro	
Otro	
<b>Subtotal</b>	

Seguros	
Tema	Cantidad
Seguro de Vehículos	
Propietario/Alquiler	
Salud	
Vida	
<b>Subtotal</b>	

Comida	
Tema	Cantidad
Mandado	
Comiendo Fuera	
Otro	
<b>Subtotal</b>	

Miscellaneous	
Tema	Cantidad
Entretenimiento	
Ropa	
Hogar	
Cuidado Personal	
Médico	
Cuidado de Mascota	
Otro	
<b>Subtotal</b>	

Assets	
Tema	Cantidad
Ahorros	
Checking	
Otro	
Otro	
<b>Total</b>	

Presupuesto Mensual	Cantidad
Ingresos Total	
Gastos Total	
<b>Diferencia Mensual</b>	



49 NW 1<sup>st</sup> St., Suite 6  
 Ontario, OR 97914  
 (541) 889-9555  
 Fax: (541) 889-0768  
 www.communityinaction.info

**CONSENT TO EXCHANGE INFORMATION**

I, \_\_\_\_\_, understand that different agencies provide different services and benefits. Each agency must have specific information in order to provide services and benefits. By signing this form, I am allowing Community in Action and any other agencies, including but not limited to those listed below, to exchange certain information for the purpose of working together effectively to provide or coordinate services or benefits, determine eligibility, and as needed for verification purposes for myself and any children for whom I am parent and/or legal guardian.

**Names of Agencies:**

- |   |   |
|---|---|
| Cascade Natural Gas                       | Ontario Police Dept./Law Enforcement        |
| Cities of Ontario, Nyssa and Vale         | Oregon Human Development Center (OHDC)      |
| Community Mental Health Programs          | Physicians & Other Medical Institutions     |
| Department of Human Services (DHS)        | Project Dove                                |
| Employers (Previous and Current)          | School District Staff                       |
| Financial and/or Educational Institution  | Senior & Disabled Services Division         |
| Harvest House Missions                    | ServicePoint™                               |
| Head Start                                | Social Security Administration              |
| Housing Authority of Malheur County (HUD) | State Employment Agencies                   |
| Idaho Power                               | State Office or Services                    |
| Landlord (Previous and Current)           | Training & Employment Consortium (TEC)      |
| Lifeway's                                 | TFP Therapeutics                            |
| Malheur County Departments                | Any and/or All Community in Action Programs |

Other: \_\_\_\_\_

Any and all providers of services of any kind (including educators) for my minor children: \_\_\_\_\_

*I understand that my records are protected under the Privacy Act and/or other State and Federal laws and regulations, and they cannot be disclosed without written consent unless otherwise provided for in the regulations. I also understand that I may withdraw this consent at any time, except to the extent that any actions have been taken in reliance on it. This consent expires one year from the date it is signed or one year after the closure of my case.*

SIGNATURE: \_\_\_\_\_ DATE: \_\_\_\_\_

PRINTED NAME: \_\_\_\_\_ LAST FOUR OF SOCIAL: \_\_\_\_\_



# Esta Agencia Usa SERVICEpoint™

## Aviso a Clientes de Usos y Revelaciones Aviso de Privacidad

- Nuestra agencia pone información personal y demográfica en un sistema de mantenimiento de registros.
- La información se utiliza para planificar la prestación de servicios y a proporcionar información estadística para establecer metas.
- Información que se utilizará para fines administrativos y operativos para mejorar, proveer y coordinar los servicios que pueden ser ofrecidos.
- Información que se utilizará para funciones relacionadas con el pago o reembolso por servicios, vigilar la eficacia del programa y preparar informes y datos estadísticos sin información de identificación personal.
- Si usted tiene preocupaciones de seguridad, puede que no desee información personal ingresada al sistema, usted debe discutir esto con un miembro del personal.
- Personalmente información de identificación puede ser visto por los funcionarios que le proporcionarán servicios, proveedores de servicios de la selecta comunidad cuando sea apropiado y un pequeño número de personas (es decir: los administradores del sistema o financiadores del programa) que mantienen el sistema de mantenimiento de registro, excepto según lo requerido por ley.
- Usted no será negado servicios, si te niegas a su consentimiento para compartir datos.
- Usted tiene el derecho a ver su expediente y pedirle que sea corregido.
- Usted tiene el derecho a presentar una queja si sientes que ha hecho daño de alguna manera por el uso del sistema de datos computarizados.

**ESTO NO ES UNA DECLARACIÓN COMPLETA DE SUS DERECHOS DE INFORMACIÓN. Para una declaración completa de sus derechos de información, por favor pregunte a una persona del personal para obtener una copia de nuestra política de privacidad. Si tienes alguna pregunta acerca de nuestro sistema de mantenimiento de registros y cómo te puede afectar, no dude en hablar acerca de sus preocupaciones a un miembro del personal.**

**He recibido una copia de este aviso a clientes de usos y divulgaciones de la privacidad. También reconozco que he firmado un comunicado de información para la agencia a utilizar según lo necesario.**

**Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_**



49 NW 1<sup>st</sup> St., Suite 6  
Ontario, OR 97914  
(541) 889-9555  
Fax: (541) 889-0768  
www.communityinaction.info

## AVISO PUBLICO

LOS PROGRAMAS DE VIVIENDA DE COMMUNITY IN ACTION PRINCIPALMENTE PROPORCIONA ASISTENCIA A LOS HOGARES QUE CALIFICAN COMO PERSONAS SIN HOGAR POR LAS SIGUIENTES DEFINICIONES DE HUD:

### Nueva Definición Federal de Vivienda

El 5 de diciembre de 2011, HUD publico la norma final en la definición de los desamparados en el Registro Federal y entro en vigor el 4 de enero de 2012.

La regla final en la definición de hogar establecido cuatro categorías bajo la cual un individuo o familia puede calificar como personas sin hogar. Las categorías son:

- 1. Literalmente Sin Hogar-** Un individuo o familia que no tiene una residencia nocturna fija, regular y adecuada, lo que significa que el individuo o familia tiene una residencia nocturna primaria que es un lugar público o privado que no está hecho para habitación de humanos o está viviendo en un refugio público o privado diseñado para proporcionar arreglos de vivienda temporal. Esta categoría también incluye las personas que están saliendo de una institución donde él o ella residió por 90 días o menos que viviendo en un refugio de emergencia o lugar inhabitable inmediatamente antes de la entrada a la institución.
- 2. Riesgo Inminente de Falta de Hogar-** Un Individuo o familia que inminentemente (dentro de 14 días) perderá su residencia principal durante la noche siempre que no ha identificado ninguna residencia posterior y el individuo o familia carece de los recursos o redes de apoyo necesarias para obtener otras viviendas permanentes.
- 3. Sin Hogar Bajo Otras Leyes Federales-** Jóvenes no acompañados (menores de 25 años) o familias con niños y jóvenes que no califican como indigentes bajo esta definición y se definen como personas sin hogar en otro estatuto federal, no han tenido una vivienda permanente durante los últimos 60 días, han experimentado inestabilidad persistente y puede esperarse que continúe en tal condición por un periodo prolongado de tiempo.
- 4. Fuga/Intentar a Huir Violencia Domestica-** Cualquier persona o familia que está huyendo, o intentar huir, violencia doméstica, violencia, asalto sexual, durante el noviazgo o acecho.