



915 SW 3rd Ave.
Ontario, OR 97914
PH. (541) 889-9555
Fx. (541) 889-0768

Solicitud de admisión de vivienda

USTED ESTA OBLIGADO A COMPLETAR TODAS LAS PAGINAS DE LA SOLICITUD EN EL MOMENTO DE LA CITA O AL ENVIAR SU SOLICITUD

La incapacidad de enviar los siguientes documentos con su solicitud puede resultar en un retraso de los servicios

1. **PRUEBE DE IDENTIDAD-** Para todos los adultos 18 años y mayor
2. **TARJETAS DE SEGURO SOCIALES-** Para todos en el hogar
3. **PRUEBA DE INGRESOS** — Si recibe ingresos, consulte los siguientes ejemplos de lo que debe enviar (**ANTES** de las deducciones) para **todos** los miembros del hogar durante los últimos 30 días.
 - A. **Ingresos de Seguro Social:**
 - Copia de la carta de verificación de concesión de beneficios para el año en curso
 - Si no puede encontrar su carta de verificación de beneficios, puede obtener una copia en la oficina de Seguro social llamando al 1-866-403-8016 o iniciando sesión a www.socialsecurity.gov. **Debe proporcionar su carta de beneficios de 2024. Si presenta la solicitud en 2024**
 - B. **Beneficios de desempleo:**
 - Copia, empresa con su nombre del departamento de empleo de Oregon/Idaho
 - C. **Salarios:**
 - Talones de pago de los últimos 30 días, esto debe incluir los montos brutos del salario antes de impuestos
 - D. **Jubilación, Pensiones, Veteranos, y otros beneficios:**
 - Cartas de adjudicación actuales/recientes que cubran los últimos 30 días
 - E. **Manutención de los hijos y/o pensión alimentaria**
4. Actual carta de la oficina estatal en Pendleton o en www.justice.oregon.gov
 - F. Cupones de alimentos y/o TANF verificación en la carta de concesión
5. **Contrato de Arrendamiento**—Si tiene uno, incluido el aviso de desalojo si lo ha recibido



915 SW 3rd Ave.
Ontario, OR 97914
(541) 889-9555
Fax: (541) 889-0768

www.communityinaction.info



FORMULARIO DE ADMISIÓN DE CONSEJERÍA

☐ HOMELESS ☐ PRE-COMPRA ☐ COMPRA ANTERIOR ☐ RENTA

Cualquier persona con una discapacidad u otra necesidad médica que necesite alojamiento con respecto a este formulario debe informar a
Cualquier personal de Community in Action.

Esta información se mantendrá confidencial y solo se utilizará con fines informativos.

¿Qué servicio/asistencia está buscando? _____

Mi objetivo de vivienda es... (Marque todas las que correspondan):

- ☐ Obtener ☐ transición de personas sin hogar ☐ convertirse en dueño de casa
☐ Evitar la ejecución ☐ hipotecar y reciba asesoría de crédito y presupuesto para ☐ discutir una violación de derechos de vivienda justa

Parte Uno: su información biográfica y demográfica

Nombre: _____
Apellido Nombre Inicial del segundo nombre

Fecha: _____

Dirección: _____
Dirección & # de apartamento Ciudad/Estado Código postal

Teléfono de casa: _____

Dirección de correo electrónico: _____

Teléfono celular: _____

Método de contacto preferido: ☐ Teléfono celular ☐ Teléfono de casa ☐ otro _____

Numero de Seguro social: _____ Fecha de nacimiento: _____ AMI %: _____

Cabeza de familia: ☐ Yo ☐ Otro (especificar): _____

Raza:

- ☐ Indio americano/indio nativo ☐ Americano de Alaska/indios nativos & blanco
☐ Indio americano/indios nativos & negro/AFR/AM ☐ Asiático
☐ Asiático & blanco ☐ Negro/afroamericano
☐ Negro/afroamericano & blanco ☐ Nativo hawaiano/otras islas del Pacífico
☐ Blanco ☐ otros _____

Etnia: ☐ hispanos ☐ no hispanos Género: ☐ Masculino ☐ Femenino ☐ transgénero

Estado civil: ☐ soltero ☐ casado ☐ separado ☐ viudo ☐ divorciado

¿Está usted discapacitado: ☐ sí ☐ no es esta discapacidad diagnosticada por un médico? ☐ Sí ☐ no

Tipo de discapacidad:

- ☐ Abuso de alcohol ☐ por incapacidad ☐ de abuso de drogas ☐ HIV/AIDS ☐ enfermedad mental ☐ física/médica
☐ física/movilidad ☐ otra discapacidad no aparece en la lista (especifique)

Dominio del idioma: ☐ español ☐ inglés ☐ otro (especificar)

Nivel más alto de educación: ☐ K-6 ☐ 7-8 ☐ 9-11 ☐ graduado de la escuela secundaria/GED
☐ Grado universitario ☐ vocacional ☐ graduado de la primaria ☐ sin escuela ☐ desconocido

¿Eres un trabajador agrícola? ☐ Sí ☐ no ¿migrante? ☐ Sí ☐ no ¿veterano? ☐ Sí ☐ no

¿Colonias residente? N/A

PARTE dos: su estado de vivienda y objetivos de vivienda

Su hogar se describe mejor como —

- ☐ Madre soltera-mujer ☐ Padre soltero – hombre ☐ Soltera-mujer ☐ Dos adultos/niños ☐ Soltero-hombre
☐ Jóvenes no acompañados ☐ Dos adultos/no niños ☐ familia extendida (viviendo con parientes) ☐ Abuelos y niños

¿Tamaño del hogar – incluyendo usted mismo, y todas las personas totales que viven en su hogar? (Marque una casilla)

- ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8+

Todos los miembros adicionales de su hogar, utilizando el nombre legal de cada miembro, tal como aparece en su tarjeta de seguro social o documentos. Si tiene miembros adicionales del hogar, por favor incluya en la parte posterior de este formulario.

Nombre Y Género Nombre y Apellidos	Relación con el jefe de familia	Información personal	Raza (Seleccione todos los que correspondan)	Etnia	Discapacidad	Tipo de discapacidad (si corresponde)	Recibe tratamiento o de incapacidad	Número de seguro social
☐ Mujer ☐ Hombre ☐ ☐ Transgénero		Fecha de Nacimiento: _____ Edad: _____ Asistiendo a la escuela: _____ Último grado asistido: _____	☐ Indio americano o nativo de Alaska ☐ Asiático ☐ Negro o afroamericano ☐ Nativo hawaiano o isleño del Pacífico ☐ Blanco ☐ Prefiero no responder	☐ Hispana ☐ No hispanos	☐ Sí no ☐ ¿Diagnosticado por un médico? ☐ Sí no ☐	☐ Abuso de alcohol ☐ Discapacidad de desarrollo ☐ Abuso de drogas ☐ VIH/SIDA ☐ Enfermedad mental ☐ Física/médica ☐ Física/movilidad ☐ Otras discapacidades no enumeradas ☐ Prefiero no contestar	☐ Sí no ☐ Proveedor: _____	- - o ☐ No sé o no tengo uno ☐ Elijo no proveer el SSN.
☐ Mujer ☐ Hombre ☐ ☐ Transgénero		Fecha de nacimiento: _____ Edad: _____ Asistiendo a la escuela: _____ Último grado asistido: _____	☐ Indio americano o nativo de Alaska ☐ Asiático ☐ Negro o afroamericano ☐ Nativo hawaiano o isleño del Pacífico ☐ Blanco ☐ Prefiero no responder	☐ Hispana ☐ No hispanos	☐ Sí no ☐ ¿Diagnosticado por un médico? ☐ Sí no ☐	☐ Abuso de alcohol ☐ Discapacidad de desarrollo ☐ Abuso de drogas ☐ VIH/SIDA ☐ Enfermedad mental ☐ Física/médica ☐ Física/movilidad ☐ Otras discapacidades no enumeradas ☐ Prefiero no contestar	☐ Sí no ☐ Proveedor: _____	- - o ☐ No sé o no tengo uno ☐ Elijo no proveer el SSN.
☐ Mujer ☐ Hombre ☐ ☐ Transgénero		Fecha de Nacimiento: _____ Edad: _____ Asistiendo a la escuela: _____ Último grado asistido: _____	☐ Indio americano o nativo de Alaska ☐ Asiático ☐ Negro o afroamericano ☐ Nativo hawaiano o isleño del Pacífico ☐ Blanco ☐ Prefiero no responder	☐ Hispana ☐ No hispanos	☐ Sí no ☐ ¿Diagnosticado por un médico? ☐ Sí no ☐	☐ Abuso de alcohol ☐ Discapacidad de desarrollo ☐ Abuso de drogas ☐ VIH/SIDA ☐ Enfermedad mental ☐ Física/médica ☐ Física/movilidad ☐ Otras discapacidades no enumeradas ☐ Prefiero no contestar	☐ Sí no ☐ Proveedor: _____	- - o ☐ No sé o no tengo uno ☐ Elijo no proveer el SSN.
☐ Mujer ☐ Hombre ☐ ☐ Transgénero		Fecha de Nacimiento: _____ Edad: _____ Asistiendo a la escuela: _____ Último grado asistido: _____	☐ Indio americano o nativo de Alaska ☐ Asiático ☐ Negro o afroamericano ☐ Nativo hawaiano o isleño del Pacífico ☐ Blanco ☐ Prefiero no responder	☐ Hispana ☐ No hispanos	☐ Sí no ☐ ¿Diagnosticado por un médico? ☐ Sí no ☐	☐ Abuso de alcohol ☐ Discapacidad de desarrollo ☐ Abuso de drogas ☐ VIH/SIDA ☐ Enfermedad mental ☐ Física/médica ☐ Física/movilidad ☐ Otras discapacidades no enumeradas ☐ Prefiero no contestar	☐ Sí no ☐ Proveedor: _____	- - o ☐ No sé o no tengo uno ☐ Elijo no proveer el SSN.
☐ Mujer ☐ Hombre ☐ ☐ Transgénero		Fecha de Nacimiento: _____ Edad: _____ Asistiendo a la escuela: _____ Último grado asistido: _____	☐ Indio americano o nativo de Alaska ☐ Asiático ☐ Negro o afroamericano ☐ Nativo hawaiano o isleño del Pacífico ☐ Blanco ☐ Prefiero no responder	☐ Hispana ☐ No hispanos	☐ Sí no ☐ ¿Diagnosticado por un médico? ☐ Sí no ☐	☐ Abuso de alcohol ☐ Discapacidad de desarrollo ☐ Abuso de drogas ☐ VIH/SIDA ☐ Enfermedad mental ☐ Física/médica ☐ Física/movilidad ☐ Otras discapacidades no enumeradas ☐ Prefiero no contestar	☐ Sí no ☐ Proveedor: _____	- - o ☐ No sé o no tengo uno ☐ Elijo no proveer el SSN.

Parte tres: beneficios de ingresos y dinero en efectivo

A. ¿Algún miembro del hogar ha recibido algún ingreso o beneficio en efectivo en los últimos 30 días? ☐ Sí ☐ no

En caso afirmativo, ¿de qué fuente recibió los ingresos? _____

Si no se recibió ningún ingreso, ¿dónde obtiene \$ para pagar sus cuentas? _____

B. beneficios no en efectivo

¿Algún miembro del hogar ha recibido beneficios no en efectivo en los últimos 30 días? ☐ Sí ☐ no ☐

Nivel de ingreso — (por favor circule el número más cercano a su ingreso bruto Anual por el # de personas en el hogar)

1	2	3	4	5	6	7	8	% AMI
\$17,000	\$20,440	\$25,820	\$31,200	\$36,580	\$41,960	\$47,340	\$52,720	30%
\$28,350	\$32,400	\$36,450	\$40,450	\$43,700	\$46,950	\$50,200	\$53,400	50%
\$45,300	\$51,800	\$58,250	\$64,700	\$69,900	\$75,100	\$80,250	\$85,450	80%

Parte Tres Continuado: su estado de empleo

JEFE DE FAMILIA

☐ Empleado a tiempo completo ☐ Empleado a medio tiempo ☐ empleado estacionalmente

☐ Desempleados, recibiendo beneficios ☐ desempleados, no recibiendo beneficios ☐ cuenta propia

☐ Discapacitados, recibiendo beneficios ☐ retirados ☐ otros (especificar) _____

Empleador más reciente: _____ Fechas de empleo: _____ a _____

Dirección: _____ Teléfono de trabajo: _____

Empleador anterior: _____ Fechas de empleo: _____ a _____

Dirección: _____ teléfono de trabajo: _____

Estado de empleo de otro adulto en el hogar:

☐ Empleado a tiempo completo ☐ Empleado a medio tiempo ☐ empleado estacionalmente

☐ Desempleados, recibiendo beneficios ☐ desempleados, no recibiendo beneficios ☐ cuenta propia

☐ Discapacitados, recibiendo beneficios ☐ retirados ☐ otros (especificar) _____

Empleador más reciente: _____ Fechas de empleo: _____ a _____

Dirección: _____ Teléfono de trabajo: _____

Empleador anterior: _____ Fechas de empleo: _____ a _____

Dirección: _____ Teléfono de trabajo: _____

PARTE Cuatro: acuerdo de participación

Acuerdo de participación: *participar activamente en actividades * mantener la confidencialidad sobre las discusiones que ocurren en las sesiones de consejería * asistir a las citas de uno a uno a tiempo * trabajar para cumplir con los objetivos fijados durante las sesiones de consejería

Nombre impreso (cabeza de familia) _____ Firma _____ Fecha de la firma _____

Nombre impreso (cónyuge O otro adulto) _____ Firma _____ Fecha de la firma _____

Especialista de admisión _____ Firma _____ Fecha de la firma _____

PARTE Cinco: su información de alquiler e hipoteca

Si actualmente está alquilando, ¿cuánto tiempo ha estado alquilando? ____ Años ____ meses

Por favor marque todas las que correspondan:

☐ Pago Alquiler de mercado	☐ Recibo un subsidio de alquiler y/o residente de vivienda pública	☐ Soy un beneficiario de la sección 8
☐ Estoy enfrentando el desalojo	☐ Estoy delinciente con mi alquiler y necesita ayuda	☐ Estoy delinciente con los servicios públicos y necesito ayuda
☐ Estoy interesado en presentar una reclamación de vivienda justa. Especificar motivo (s):		

Si usted es dueño de su propiedad, ¿tiene una hipoteca? ☐ Sí ☐ No Si Respondió Si, responda lo Siguiente:

Mis datos hipotecarios		
	Primera hipoteca	Segunda hipoteca
¿Está al corriente de este préstamo o atrasado?	☐ Corriente ☐ Atrasado	☐ Corriente ☐ Atrasado
El nombre del servidor hipotecario		
Número de préstamo	# _____ ☐ No sé	# _____ ☐ No sé
Saldo de préstamo	\$ _____ ☐ No sé	\$ _____ ☐ No sé
Tasa de interés	_____ % ☐ No sé	_____ % ☐ No sé
Pago mensual principal e intereses (excluyendo impuestos y seguros)		
¿Fija o ajusta la tasa de interés?	☐ Corregido ajuste no sé ☐ ☐	☐ Corregido ajuste no sé ☐ ☐
Fecha en la que hizo su último pago:	/ /	/ /
Seguro hipotecario privado (PMI)	\$	\$
Cantidad vencida:	\$	\$
¿Ha solicitado previamente una modificación del préstamo para la indulgencia? Si Respondió Si, por favor proporcionar detalles prevención de ejecuciones hipotecarias aquí: →	☐ Sí ☐ NO ☐	☐ Sí ☐ no
Motivo del incumplimiento: ☐ Divorcio ☐ incapacidad ☐ conyugal ☐ disminución en el ☐ aumento de ingresos en gastos de ☐ dificultad médica ☐ Otro (especificar) _____		
Por favor, proporcione comentarios adicionales sobre sus dificultades aquí: ¿Ha terminado su dificultad? ☐ Sí ☐ No hay ¿Tiene la capacidad y la voluntad de reanudar los pagos hipotecarios? ☐ Sí ☐ No Si NO, ¿está buscando un resultado alternativo, como una escritura en lugar de una ejecución hipotecaria o una venta corta? Explicar		

Preguntas relacionadas con su historial crediticio:

1. ¿Hay juicios pendientes contra usted?
☐ Sí ☐ NO ☐
2. ¿Se ha declarado en bancarrota en los últimos siete años?
☐ Sí ☐ no ☐ estoy actualmente en un plan de bancarrota.

3. En los últimos siete años, ¿ha tenido una propiedad hipotecada o entregada a través de una escritura en lugar? ☐ Sí ☐ NO

PARTE seis: sus ingresos, deudas y gastos mensuales promedio

Plan mensual de gastos para el mes de 20

Ingreso mensual		
Artículo	Bruto	Neto
Ingresos ganados 1		
Ingresos ganados 2		
SSI/SSDI		
Desempleo.		
Manutención infantil		
Cupones alimenticios/estampillas		
Otro		
Subtotal		

Gastos de niños	
Artículo	Pago Mensual
Cuidado infantil	
Juguetes/juegos	
Otro	
Subtotal	

Seguro	
Artículo	Pago Mensual
Seguro de vehículo	
Seguro de Vivienda/arrendatario	
Salud	
Vida	
Subtotal	

Vivienda		
Artículo	Atrasos	Pago Mensual
Hipoteca/alquiler		
Impuestos		
Agua/alcantarillado		
Eléctricidad		
Gas		
Basura		
Cable		
Internet		
Teléfono		
Otro		
Subtotal		

Viveres/Despensa	
Artículo	Monto mensual
Comestibles	
Comer fuera	
Otro	
Subtotal	

Transporte		
Artículo	Atrasos/Total	Pago Mensual
Pago del vehículo 1		
Pago del vehículo 2		
Combustible		
Mantenimiento		
Otro		
Subtotal		

Diferentes gastos	
Artículo	Monto mensual
Entretenimiento	
Ropa	
Hogar	
Cuidado personal	
Médica	
Cuidado de mascotas	
Otro	
Subtotal	

Préstamos		
Artículo	Saldo total	Pago Mensual
Tarjeta de crédito 1		
Tarjeta de crédito 2		
Tarjeta de crédito 3		
Préstamo de día de pago		
Préstamo estudiantil		
Préstamo de título		
Colecciones		
Otro		
Subtotal		

Activos	
Artículo	Importe actual
Cuenta de ahorros	
Cuenta de cheques	
Otro	
Otro	
Total	

Presupuesto mensual	Cantidad
Total de ingresos	
Gastos totales	
Diferencia mensual	

Esta agencia utiliza **SERVICEpoint™** **Cloverleaf®**

Aviso a los clientes de usos & aviso de privacidad de divulgaciones

- **Nuestra agencia ingresa información personal y demográfica sobre usted en un sistema computarizado de registros.**
- **La información se utiliza para planificar la prestación de servicios & proporcionar información estadística para establecer objetivos.**
- **La información que proporcione se utilizará con fines administrativos y operacionales para mejorar, proporcionar & coordinar los servicios que se le pueden ofrecer.**
- **La información que proporcione se utilizará para las funciones relacionadas con el pago o el reembolso de los servicios, el seguimiento de la efectividad del programa y para preparar informes e información estadística sin información de identificación personal.**
- **Si usted tiene problemas de seguridad, es posible que no desee que la información personal introducida en el sistema, usted debe discutir esto con un miembro del personal.**
- **Los miembros del personal que le proporcionan servicios seleccionan a los proveedores de servicio de la comunidad cuando proceda, y un pequeño número de personas (es decir: administradores de sistemas o financiadores de programas) pueden ver la información de identificación personalmente que mantienen el sistema de registro de registros, salvo que lo exija la ley.**
- **No se le denegarán los servicios, si se niega a dar su consentimiento para compartir datos.**
- **Usted tiene derecho a ver su expediente y a pedir que se corrija.**
- **Usted tiene el derecho de presentar una queja si siente que ha sido perjudicado de alguna manera por el uso del sistema de datos informatizados.**

Reconozco que he leído y firmado esta divulgación de información para que la Agencia la use según sea necesario.

Firma _____

Fecha _____

Otro Adulto Firma _____

Fecha _____

® ESTO NO ES UNA DECLARACIÓN COMPLETA DE SUS DERECHOS DE INFORMACIÓN. Para obtener una declaración completa de sus derechos de información, por favor pregunte a una persona del personal por una copia de nuestra política de privacidad. Si tiene alguna pregunta sobre nuestro sistema computarizado de mantenimiento de registros y cómo podría afectarle, siéntase libre de hablar sobre sus inquietudes con un miembro del personal. NW SOCIAL SERVICE CONNECTIONS HMIS aviso de privacidad a los clientes revisión legal Oct/2011 Publicado 10/13/2011



Divulgación de conflictos de intereses

Community in Action sirviendo los condados de Malheur y Harney es una agencia de Consejería de vivienda aprobada por HUD. Nuestra oficina se encuentra en 915 SW 3rd Ave., Ontario OR. Estamos abiertos de lunes a jueves 9 am – 4 PM.

Comunidad en acción presta los siguientes servicios:

- Información y referidos
- Programas de asistencia de alquiler
- Prevención de personas sin hogar y Revivienda rápida
- Programas de asistencia energética y educación
- Programas de climatización
- Propiedad de vivienda y prevención de ejecuciones hipotecaria

Community in Action ofrece una amplia gama de servicios de Consejería de vivienda en el Condado de Malheur que incluyen:

- Asesoría en las áreas de temas de alquiler, pre-compra, Compra Anterior, asistencia de pago inicial, cuentas de desarrollo individual/VIDA, educación financiera
- Asistencia de pago inicial
- Cuentas individuales de desarrollo/VIDA
- Educación financiera/presupuestación

Clases y talleres de educación grupal

- Listo para alquilar: curso de Educación de 6 horas
- Al darse cuenta del sueño americano: 8 horas de educación previa a la compra clase
- Después de la compra
- La prevención de vagabundos
- Aptitud Financiera
- Pre-compra el taller de orientación para propietarios de viviendas, incluyendo 15 pasos para temas de propiedad

Programas de educación para compradores de vivienda en línea/programas de educación IDA

- Money Smart

- eHome America: curso de educación previa a la compra en línea
- Curso de educación para propietarios de hogar de Compra Anterior de eHome America

La comunidad en acción recibe fondos estatales y federales de las siguientes fuentes:

- Vivienda y desarrollo urbano (HUD)
- Corporación de asistencia rural y comunitaria (RCAC)
- Servicios comunitarios y de vivienda de Oregon (OHCS)
- Corporación de asistencia a la comunidad y refugio (CASA)
- Cuidado continuo de Oregon rural (ROCC)
- Departamento de agricultura de los Estados Unidos (USDA)

Comunidad de organizaciones, agencias y empresas asociadas a la acción:

~ Asociaciones de acción comunitaria de Oregon ~ autoridad de vivienda de Malheur County ~ Oregon vivienda y servicios comunitarios ~ Oregon centro de desarrollo humano ~ ciudades de Ontario, Nyssa, y vale ~ Credco ~ Oregon Departamento de servicios humanos ~ cascada gas natural ~ HUD ~ Idaho Power ~ LIFEWAY de ~ Malheur County departamentos ~ Departamento de policía de Ontario ~ Departamento del Sheriff del Condado de Malheur ~ Malheur oficial de servicio veterano del Condado ~ instituciones médicas y del médico ~ proyecto Dove ~ Departamento de servicios humanos (DHS) ~ Ontario Personal del distrito escolar ~ servicios para personas mayores y discapacitados ~ administración del seguro social ~ agencias de empleo estatales ~ estado de Oregon salud y servicios humanos ~ formación y empleo consorcio ~ TFP servicios terapéuticos ~ comunidad en la red de acción ~ Treasure Valley Community College ~ agencias inmobiliarias del área ~ terratenientes ~ Head Start del Condado de Malheur ~ Malheur instituciones financieras del Condado ~ WorkSource Oregon ~ Consejo de vivienda justa de Oregon ~ Oregon Law Center ~ Club de niños y niñas de Ontario ~ Oregon Food Bank ~ cuatro Los ríos de cuidado de la comunidad DBA

Firma _____

Firma _____

Nombre: _____

Nombre de otro adulto: _____

Fecha: _____

Fecha: _____



Al Firmar, yo autorizo a Community in Action obtener mi reporte de crédito. Esta autorización es válida para el propósito de obtener mi reporte de crédito para los servicios de Community in Action

Nombre: _____
Apellido Primer Nombre Segundo Nombre

Seguro Social: ____ - ____ - ____

Fecha De Nacimiento ____ ____ ____
Mes Dia Año

Domicilio actual: _____

Ciudad, Estado, Código Postal: _____

(Su domicilio anterior si ha vivido menos de 2 años en el domicilio actual. Si no aplica siga con el número de teléfono)

Domicilio Anterior: _____

Cuidad, estado, Código postal: _____

Número de teléfono: _____

Electrónico correo: _____

Nombre en impresión: _____

Firma: _____

Fecha: _____

POLÍTICA DE PRIVACIDAD

La comunidad en acción se compromete a garantizar la privacidad de las personas y/o familias que se han contactado con nosotros para obtener ayuda. Nos damos cuenta de que las inquietudes que nos traen son muy personales en la naturaleza. Le aseguramos que toda la información compartida tanto oralmente como por escrito se gestionará dentro de consideraciones legales y éticas. Su "información personal no pública", como su información de deuda total, ingresos, gastos de vida e información personal sobre sus circunstancias financieras, se proporcionará a los acreedores, monitores de programa y otros sólo con su autorización y Firma. También podemos utilizar información de archivos de casos agregados anónimos con el fin de evaluar nuestros servicios, reunir información valiosa de investigación y diseñar futuros programas.

Comunidad en acción tiene una política de quejas y usted puede solicitar una copia de esta en cualquier momento de nuestra agencia o puede descargarlo desde nuestro sitio Web.

TIPOS DE INFORMACIÓN QUE REUNIMOS SOBRE USTED

1. información que recibimos de usted oralmente, en la solicitud u otros formularios, como su nombre, dirección, número de seguro social, activos e ingresos.
2. información sobre sus transacciones con nosotros, sus acreedores u otros, como el saldo de su cuenta, el historial de pagos, las partes en las transacciones y el uso de tarjetas de crédito; Y
3. información que recibimos de una agencia de informes de crédito, como su historial de crédito.

USTED PUEDE EXCLUIRSE DE CIERTAS DIVULGACIONES

1. usted tiene la oportunidad de "darse de baja" de las divulgaciones de su información personal no pública a terceros (como sus acreedores), que nos dirigen a no hacer esas divulgaciones.
2. Si opta por "excluirse", no podremos responder preguntas de sus acreedores. Si en algún momento desea cambiar su decisión con respecto a su "opt-out", puede llamarnos al 541-889-9555 ext. 103 y hacerlo.

DIVULGACIÓN DE SU INFORMACIÓN A TERCERAS PERSONAS

1. siempre y cuando no haya renunciado, podemos divulgar parte o toda la información que recopilamos, como se describió anteriormente, a sus acreedores o terceros donde hayamos determinado que sería útil para usted, nos ayudaría a aconsejarle, o es un requisito de otorgar premios que hacen posible nuestros servicios.
2. también podemos divulgar cualquier información personal no pública sobre usted o antiguos clientes a cualquier persona según lo permita la ley (por ejemplo, si nos vemos obligados por un proceso legal)
3. dentro de la organización, restringimos el acceso a información personal no pública sobre usted a aquellos empleados que necesiten conocer esa información para proporcionarle servicios. Mantenemos salvaguardias físicas, electrónicas y procesales que cumplen con las regulaciones federales para proteger su información personal no pública.

Reconozco que recibí una copia de la política de privacidad de la comunidad en acción.

1. me pueden hacer referencia a otros servicios de vivienda de la organización u otra agencia o agencias, según proceda, que puedan ayudar con preocupaciones particulares que hayan sido identificadas. Entiendo que no estoy obligado a utilizar ninguno de los servicios ofrecidos a mí.

2. un consejero puede responder preguntas y proporcionar información, pero no dar asesoramiento legal. Si quiero asesoramiento legal, me remito a la asistencia adecuada.

3. Entiendo que la comunidad en acción brinda asesoría y educación sobre mitigación de pérdidas, gestión de crédito/presupuesto, cuentas de desarrollo individual, productos de préstamos, educación/Consejería de compradores de vivienda, clases de compra anterior y de aptitud financiera. La comunidad en acción actualmente no tiene ninguna relación financiera con los socios de la industria. Además, entiendo que la Consejería de vivienda que recibí de la comunidad en acción de ninguna manera me obliga a elegir cualquiera de estos programas de vivienda en particular.

Autorizo a la comunidad en el centro de vivienda de acción a:

Obtener una copia de la declaración de liquidación, evaluación y nota de bienes raíces de FINAL HUD-1 Cuando compro una casa, del prestamista que me hizo un préstamo o la compañía de títulos que cierra el préstamo.

Entiendo que cualquier representación intencional o negligente de la información contenida en este formulario puede resultar en responsabilidad civil y/o responsabilidad criminal bajo la disposición del título 18, código de los Estados Unidos, Sección 1001.

Solicitante

Fecha

Co-solicitante

Fecha





915 SW 3rd Ave.
Ontario, OR 97914
(541) 889-9555

www.communityinaction.info

COMUNIDAD EN ACCIÓN LOS PROGRAMAS DE VIVIENDA PROPORCIONAN PRINCIPALMENTE ASISTENCIA A LOS HOGARES QUE CALIFICAN COMO SIN HOGAR POR LAS SIGUIENTES DEFINICIONES DE HUD:

Nueva definición federal de la falta de vivienda: el 5 de diciembre de 2011, HUD publicó la regla final sobre la definición de sin hogar en el registro federal y entró en vigor el 4 de enero de 2012. La norma final sobre la definición de vagabundo estableció cuatro categorías bajo las cuales un individuo o familia puede calificar como sin hogar.

Por favor, compruebe debajo de la casilla que describe más detalladamente su situación actual:

1. **Literalmente sin hogar-un individuo o familia que carece de una residencia fija, regular y adecuada noche, lo que significa:**
 - ☐ Tiene una residencia nocturna primaria que es un lugar público o privado no destinado a la habitación humana; o
 - ☐ Está viviendo en un refugio operado públicamente o privada para proveer arreglos de vivienda temporal (incluyendo refugios para congregarse, vivienda de transición, y hoteles/moteles pagados por organizaciones benéficas o por federales, estatales y programas del gobierno local); o
 - ☐ Está saliendo de una institución en la que residía durante 90 días o menos y que residía en un refugio de emergencia o lugar no destinado a la habitación humana inmediatamente antes de entrar en esa institución.
2. **Riesgo inminente de falta de vivienda: un individuo o una familia que perderán su residencia nocturna primaria, siempre y cuando:**
 - ☐ La residencia se perderá dentro de los 14 días de la fecha de la solicitud de asistencia para personas sin hogar;
 - ☐ No se ha identificado ninguna residencia posterior; Y
 - ☐ Carece de los recursos o redes de apoyo necesarios para obtener otra vivienda permanente.
3. **Sin hogar bajo otros estatutos federales-jóvenes no acompañados (menores de 25 años) o familias con niños y jóvenes, que de otra manera no califican como personas sin hogar bajo esta definición, pero que:**
 - ☐ Se definen como personas sin hogar bajo otro estatuto federal:
 - ☐ No han tenido un contrato de arrendamiento, de propiedad o de ocupación en vivienda permanente durante los 60 días previos a la solicitud de asistencia para personas sin hogar;
 - ☐ Han experimentado inestabilidad persistente según lo medido por dos movimientos o más durante los 60 días anteriores; Y
 - ☐ Se puede esperar que continúe en tal estado durante un largo período de tiempo debido a las necesidades o barreras especiales.
4. **Huir/intentar huir de la violencia doméstica-cualquier persona o familia que:**
 - ☐ Está huyendo, o está intentando huir, violencia doméstica;
 - ☐ No tiene otra residencia; Y
 - ☐ Carece de los recursos o redes de apoyo necesarios para obtener otras viviendas permanentes

5. En riesgo de quedarse sin hogar (EHA / HTBA solamente)

☐ **En riesgo de quedarse sin hogar:** cualquier persona o familia que:

Categoría 1 – Individuos y Familias

- a. Tiene un ingreso anual inferior al 30% del ingreso familiar medio para el área; Y
- b. No tiene suficientes recursos o redes de apoyo disponibles de inmediato para evitar que se trasladen a un refugio de emergencia u otro lugar definido en la Categoría 1 de la definición de "personas sin hogar"; Y
- c. Cumple una de las siguientes condiciones (**marque con un círculo uno**):
 - i. Se ha mudado por razones económicas 2 o más veces durante los 60 días inmediatamente anteriores a la solicitud de asistencia; O
 - ii. Está viviendo en la casa de otro debido a dificultades económicas; O
 - iii. Ha sido notificado de que su derecho a ocupar su vivienda o situación de vivienda actual terminará dentro de los 21 días siguientes a la fecha de solicitud de asistencia; O
 - iv. Vive en un hotel o motel y el costo no es pagado por organizaciones caritativas o por programas del gobierno federal, estatal o local para personas de bajos ingresos; O
 - v. Vive en una SRO o unidad de apartamentos de eficiencia en la que residen más de 2 personas o vive en una unidad de vivienda más grande en la que reside más de la mitad de las personas por habitación; O
 - vi. Está saliendo de una institución o sistema de atención financiado con fondos públicos; O
 - vii. De lo contrario, vive en una vivienda que tiene características asociadas con la inestabilidad y un mayor riesgo de quedarse sin hogar, según lo identificado en el Plan Con aprobado por el beneficiario

Categoría 2 – Niños y jóvenes no acompañados

- a. Un niño o joven que no califica como sin hogar bajo la decisión para personas sin hogar, pero califica como sin hogar bajo otro estatuto federal

Categoría 3 – Familias con niños y jóvenes

- a. Un joven no acompañado que no califica como sin hogar bajo la definición de personas sin hogar, pero califica como sin hogar bajo la sección 725 (2) de la Ley McKinney-Vento de Asistencia para Personas sin Hogar, y los padres o tutores del niño o joven viven con él o el



915 SW 3rd Ave.
Ontario OR 97914
541-889-9555

www.communityinaction.info www.CommunityinAction.info

17 S Alder
Burns, OR 97720
(541) 573-6024 ex:27
Fax (541) 573-6025

2022-2023 Fee Schedule

Live and Online Classes

eHome America Online Homebuyer Education Course	\$99 w/o promo code or \$94 with promo code
eHome America Online Post-Purchase Homeowner Education Course	\$50
Realizing the American Dream	\$40 *If AMI is under 30% class is free
Homeless Prevention	Free
Ready to Rent	Free

Individual Housing Counseling

Pre-Purchase Counseling	Free
Financial Literacy/Budget Counseling	Free
Post-Purchase Counseling	Free

Credit Report - Credco	\$17.50 if pulled by CinA (unless provided by client)
------------------------	--

Los clientes no tienen ninguna obligación y no están obligados a utilizar ningún programa o asistencia que sea ofrecido por Community in Action y / o sus socios y pueden elegir un proveedor de servicios diferente. Los servicios de asesoramiento proporcionados por Community in Action no tienen costo para el cliente.

PARA SOLICITAR ASISTENCIA DE VIVIENDA, por favor seleccione uno de los siguientes:

A. ¿Dónde has estado viviendo o quedándose hasta hoy? Por favor marque una:

- | | | |
|--|---|---|
| ☐ Refugio de emergencia
(incluido el cupón de Hotel/Motel) | ☐ Propiedad de mí
☐ Con subsidio o sin subsidio ☐ | ☐ Alojarse con la familia |
| ☐ Hogar de acogida o hogar de grupo | ☐ Vivienda permanente para personas anteriormente sin hogar | ☐ Alojarse con amigos |
| ☐ Hospital (no psiquiátrico) | ☐ Hospital psiquiátrico o instalación | ☐ Centro de tratamiento de abuso de sustancias |
| ☐ Hotel o Motel pagado sin bono de refugio de emergencia | ☐ Alquiler por mí | ☐ Vivienda transicional |
| ☐ Cárcel, prisión o centro juvenil | ☐ Subvencionados | ☐ Coche |
| ☐ Otro: _ _ _ | ☐ No subvencionado | ☐ Prefiero no contestar |
| | | ☐ Otro: _ _ _ |

B. ¿Cuánto tiempo llevas viviendo en la situación anterior?

- | | | |
|--|--|---------------------------------------|
| ☐ Una semana o menos | ☐ De uno a tres meses | ☐ Un año o más |
| ☐ Más de una semana, pero menos de un mes | ☐ Más de tres meses, pero menos de un año | |

C. ¿por qué no puedes seguir viviendo allí?

- | | | |
|---|---|---|
| ☐ Infringe el contrato de alquiler | ☐ Hotel: no se puede pagar | ☐ 72 horas de aviso |
| ☐ Se le pide que abandone | ☐ Violencia doméstica | ☐ Citación o desalojo del Tribunal |
| ☐ Otro: _ _ _ _ | ☐ Incumple: _ _ _ _ _ | |

¿Cuándo se te exige que estés fuera?

- | | | |
|--|--|-------------------------------|
| ☐ Una semana (dentro de 7 días) | ☐ Dos semanas (dentro de 14 días) | ☐ ASAP |
|--|--|-------------------------------|

D. ¿Dónde dormiste anoche?

- | | | |
|--|---|---|
| ☐ En la calle | ☐ Hotel o Motel | ☐ Alojarse con la familia |
| ☐ Refugio de emergencia | ¿Quién pagó por ello? | ☐ Alojarse con amigos |
| | | |
| ☐ Hogar de acogida o hogar de grupo | ☐ Propiedad de mí
☐ Con subsidio o sin subsidio ☐ | ☐ Centro de tratamiento de abuso de sustancias |
| ☐ Hospital (no psiquiátrico) | ☐ Vivienda permanente para personas anteriormente sin hogar | ☐ Vivienda transicional |
| ☐ Cárcel, prisión o centro juvenil | ☐ Hospital psiquiátrico o instalación | ☐ No sé |
| ☐ Otro: _ _ _ _ | | ☐ Prefiero no contestar |
| ☐ Alquiler por mí | | ☐ Remolque de coche/campamento |
| ☐ Subvencionado | | |
| ☐ no subvencionado ☐ | | |

Número de dormitorios en alquiler _ _ _ "monto del alquiler \$ _ _ _

Los costos de los servicios públicos todos los que se pagan por usted (agua, gas, energía, basura) \$ _ _ estimación de todos los servicios públicos

¿Cuál es/fue el código postal de su última dirección permanente? _____ No sé ☐ prefiere no responder ☐

¿Está usted/su hogar actualmente sin hogar? _____ Si ☐ No ☐

En caso afirmativo, ingrese fecha aproximada en que se inició la falta de vivienda actual: _____ (mes/día/año)

¿Cuántas veces has estado sin hogar en los últimos tres años? __ Total de meses _____

¿Es usted un sobreviviente de la violencia doméstica? ☐ Si ☐ No ☐ prefiere no contestar

En caso afirmativo: ¿hace cuánto tiempo fue el último incidente?

- | | | |
|--|---|--|
| ☐ Actualmente huyendo | ☐ De seis a doce meses atrás | ☐ No sé |
| ☐ En los últimos tres meses | ☐ Hace más de un año | ☐ Prefiero no contestar |
| ☐ Hace tres o seis meses | | |

¿Usted o un miembro de su familia ha servido en las fuerzas armadas de los Estados Unidos? ☐ Sí ☐ no ☐ prefiere no contestar. En caso afirmativo: lista individual de la Página 1: _____

Aviso de uso.

Community in Action proporciona servicios a través de una variedad de fuentes de financiación tales como; Oregon vivienda y servicios comunitarios, Corporación de asistencia de la comunidad rural, HUD, Departamento de servicios humanos, y fundaciones privadas. Community in Action está obligada a recopilar e informar sobre cierta información para tener en cuenta cómo se utilizan estos fondos. Además, esta información puede ayudar al esfuerzo de poner fin a la falta de vivienda al demostrar cuántas personas y familias en la zona necesitan servicios.

Por esta razón, se le ha pedido que proporcione la información en este formulario. La información que ha proporcionado se ingresará en un sistema de información de gestión de personas sin hogar (HMIS) y se utilizará para proporcionar información estadística sobre los servicios prestados a personas sin hogar (o personas en riesgo de falta de vivienda) en el Condado de Malheur.

Su información de identificación se mantendrá lo más confidencial posible: sólo será visto por las personas empleadas o de voluntariado con Community in Action, y las personas que administran o auditan el HMIS.

Declaración de exactitud

Bajo pena de perjurio, yo/nosotros certificamos, a través de mi/nuestra firma abajo, que toda la información proporcionada aquí por mí/nosotros es verdadera y exacta. Entiendo que proporcionar representaciones que constituyen un acto de fraude. La información falsa, engañosa o incompleta puede resultar en la terminación de cualquier asistencia proporcionada a mí/nosotros, y puede violar la ley estatal y/o federal que resulta en cargos penales.

La finalización de este documento no garantiza la asistencia. El consentimiento para la divulgación de la información debe ser completado por todas las personas mayores de 18 años.

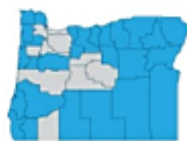
Firma del jefe de la casa

Fecha

Cónyuge/u otro Adulto

Fecha





Sistema para el manejo de información sobre personas sin hogar (HMIS) Consentimiento informado y autorización para la divulgación de información

Yo, (nombre en letra de imprenta del participante) _____, entiendo que (proveedor del servicio) _____ recolecta información sobre mí o mis dependientes mencionados a continuación para ingresarla en el sistema de base de datos llamado "sistema para el manejo de información sobre personas sin hogar" (HMIS). Esta base de datos nos ayudará a entender mejor la falta de hogar para mejorar la entrega de servicios a las personas sin hogar y para evaluar la efectividad de los servicios proporcionados a las personas sin hogar. Aunque la participación en la recolección de datos y en su divulgación sea opcional, esta es un componente fundamental en la habilidad de nuestra comunidad para proporcionar servicios y vivienda lo más eficientemente posible. La información que se recolecte para la base de datos del HMIS se encuentra protegida a través del acceso limitado a la base de datos y de limitar con quien se pueden compartir la información, en conformidad con los estándares establecidos por las normas gubernamentales federales, estatales y locales sobre la confidencialidad de los expedientes de los clientes. Cada persona y agencia que reciba autorización para leer o ingresar información en la base de datos ha firmado un acuerdo para mantener la seguridad y la confidencialidad de la información.

AL FIRMAR ESTE FORMULARIO, AUTORIZO LO SIGUIENTE:

La información reunida y preparada por esta agencia se incluirá en una base de datos de HMIS para las agencias participantes de Atención Continuada para las Áreas Rurales de Oregon (ROCC) (*lista disponible*), y solamente para las agencias participantes que hayan hecho parte de un acuerdo de participación de la agencia en HMIS y se deberá emplear para:

- Crear un perfil del cliente en un proceso de registro que se comprará con las agencias colaboradoras
- Producir informes anónimos y con categorías agragadas sobre el uso de los servicios
- Rastrear los resultados individuales en las categorías del programa
- Identificar servicios y necesidades que no se han proporcionado y planear la provisión de nuevos servicios
- Distribuir recursos entre las agencias comprometidas en la provisión de los servicios

AL FIRMAR ESTE FORMULARIO, AUTORIZO LO SIGUIENTE:

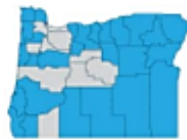
Yo autorizo a las agencias participantes y a sus representantes para que compartan la información básica sobre los miembros de mi familia mencionados a continuación y sobre mí. Entiendo que esta información tiene el propósito de evaluar mis/nuestras necesidades de vivienda, asistencia en servicios públicos para viviendas, consejería sobre vivienda u otros servicios.

LA INFORMACIÓN PUEDE CONSTAR DE LO SIGUIENTE PPI (INFORMACIÓN PERSONAL PROTEGIDA):

• Nombre	• Historial de falta de vivienda
• Fecha de nacimiento	• Composición familiar
• Número de seguro social	• Estatus de empleo
• Género	• Estatus de veterano
• Etnicidad y raza	• Condición por discapacidad
• Ingresos e información de beneficios que no son en efectivo	• Violencia doméstica
• Información de vivienda	

ENTIENDO QUE:

- La información que yo proporcione en cuanto a problemas de salud física o mental no se compartirá con otras agencias participantes que no hayan completado un acuerdo de participación de la agencia en HMIS.
- Las agencias participantes han firmado acuerdos para manejar mi información de una manera profesional y confidencial. Tengo el derecho a ver las políticas de confidencialidad de los clientes que las agencias participantes en el HMIS emplean.
- Los miembros del personal de las agencias participantes que vean mi información han firmado acuerdos para mantener la confidencialidad en cuanto a mi información.
- Entiendo que la participación en la recolección de datos es opcional y que yo puedo elegir no participar sin que se me impida recibir asistencia.



Sistema para el manejo de información sobre personas sin hogar (HMIS) Consentimiento informado y autorización para la divulgación de información

- La divulgación de mi información no garantiza que yo recibiré asistencia y, de nuevo, mi negativa para autorizar el uso de mi información no me inhabilita para recibir asistencia.
- Entiendo que yo puedo revocar mi consentimiento en cualquier momento.
- Esta autorización permanecerá vigente hasta que yo revoque mi consentimiento por escrito y puedo revocar la autorización al firmar la Solicitud de visibilidad limitada (*Limited Visibility Request*), no obstante, tal cancelación no será retroactiva.
- Si revoco mi autorización, toda la información sobre en la base de datos se volverá invisible para todas las agencias participantes.
- Las normas federales, estatales y locales que gobiernan la confidencialidad de los expedientes de los clientes protegen mis expedientes y estos no pueden divulgarse sin un consentimiento por escrito a menos que en caso contrario lo dictaminen tales normas.
- Auditores o financiadores tienen derechos legales para revisar el trabajo de esta agencia, entre estos, el Departamento de Vivienda y de Desarrollo Urbano de los Estados Unidos puede acceder a mi información.
- Entiendo que mi información personal no se publicará y solamente se empleará con estricta confidencialidad.
- Esta divulgación tiene validez por siete (7) años a partir de la fecha de mi firma a continuación.

Agencias participantes: Antes de firmar este formulario, se puede acceder a una lista de las agencias participantes en el Sistema de Atención Continuada para las Áreas Rurales de Oregon (ROCC). Se puede ver más información sobre la ROCC en la página web: oregonbos.org

Escriba en la lista los menores de 18 años dependientes en su hogar, si los hay (nombres y apellidos):

1.	2.
3.	4.
5.	6.

Escriba la letra inicial de su nombre en uno de las siguientes categorías de consentimiento:

_____ Yo entiendo que la información personal protegida y otra información relevante se ingresará en el HMIS y se compartirá entre las agencias participantes.

_____ Yo entiendo que puedo elegir limitar la información personal protegida para solamente el uso de la agencia proveedora de servicios que se menciona en este documento.

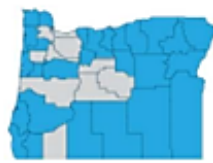
Firma del/de la participante

Fecha

Nombre del personal de la agencia (letra de imprenta)

Firma de la agencia de personal

Fecha



Aviso a los clientes sobre los usos y las divulgaciones
Aviso de Privacidad

Este aviso le dice cómo utilizamos y compartimos su información personal privada. Le explica sus derechos y nuestras responsabilidades en cuanto a la protección de la privacidad de su información personal privada. También le explica cómo avisarnos si usted cree que hemos violado cualquiera de sus derechos o de nuestras responsabilidades.

Por ley se nos exige mantener la privacidad de su información personal privada y debemos adherirnos a los términos de este aviso.

Nos reservamos el derecho de cambiar este Aviso en cualquier momento. Este Aviso no es un contrato legal. Si este aviso cambia, una copia del aviso revisado estará disponible si usted la solicita o la publicaremos en nuestro sitio web.

Usted puede solicitar una copia de nuestro aviso en cualquier momento. Para más información en cuanto a las prácticas de privacidad o para obtener copias de este aviso, solicítelas a la agencia que le brinda atención.

Ingresaremos la información proporcionada a nuestra agencia en un sistema computarizado de mantenimiento de registros llamado ServicePoint. Las agencias participantes emplean ServicePoint para organizar y prestar servicios de una mejor forma a las personas y familias sin hogar o que están a punto de quedarse sin hogar. Las agencias y personas sin hogar han firmado acuerdos de confidencialidad para mantener protegida la información de ServicePoint.

Cierta información básica del cliente se comparte solo con las agencias participantes para evitar que se creen expedientes duplicados. Las personas autorizadas en HMIS de las agencias comunitarias participantes podrán ver los siguientes elementos de información en los expedientes de todos los clientes.

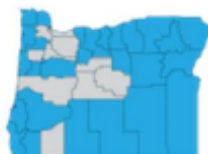
- Nombre y apellido
- Número de seguro social (necesario para servicios en específico)
- Estatus de veterano

Nuestra meta es mejorar los esfuerzos para entender mejor lo que podemos hacer con el fin de evitar y de terminar la falta de hogar. La información que usted comparta desempeñará una función importante, que incluye lo siguiente:

- Nos ayudará a darle prioridad, a planificar y a proporcionar servicios significativos para usted y para su familia.
- Le ayudará a nuestra agencia a mejorar su trabajo con las familias y con las personas que no tienen hogar o que está a punto de quedarse sin hogar.
- Les permitirá a las agencias locales trabajar mejor conjuntamente para acabar con la falta de hogar.
- Proporcionará estadísticas a las personas responsables de crear políticas a nivel local, estatal y nacional para que establezcan objetivos eficaces.

La información que usted comparta se empleará para:

- Ingresar el programa y los servicios en ServicePoint.
- Mejorar y coordinar los servicios que se le ofrezcan a usted.
- Recibir reembolsos por los servicios proporcionados.
- Monitorear la efectividad del programa.
- Preparar informes globales e información estadística sin información personal que identifique a las personas.



Cualquier otra información personal que pueda identificarlo a usted no se compartirá con ningún tercero, a menos que usted lo autorice o la ley lo requiera. La autorización no se requiere para ciertas divulgaciones a agencias gubernamentales o para procesos legales:

- Usos y divulgaciones requeridas por ley
- Salud pública, control de salud o actividades de agencias reguladoras
- Casos de negligencia, abuso o violencia doméstica
- Procedimientos judiciales y administrativos
- Investigaciones de parte de las agencias de orden público
- Personas fallecidas y donantes de órganos
- Amenazas graves para la salud y la seguridad
- Divulgación de información de salud sin la identidad de la persona.

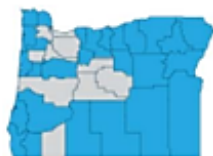
¿Cómo se conservará mi información de manera segura?

- ServicePoint tiene el más alto grado de protección de seguridad disponible.
- ServicePoint está regulado por las políticas de privacidad federales, estatales, de los condados, de la ciudad y locales. El amplio acceso al sistema de la información contenida en ServicePoint que identifique a las personas, se limita a los individuos que la agencia participante emplea y evalúa con acuerdos documentados y en vigor.
- Las personas con acceso a los datos de ServicePoint no deberán expedir informes que contengan información personal que identifique a las personas.
- Además de la información mencionada anteriormente, la información personal que identifique a las personas la pueden ver la agencia que le brinda servicios y otras agencias participantes que le pueden brindar servicios adicionales.
- La información personal que identifique a las personas se eliminará antes de que se expidan informes para las agencias locales, estatales o nacionales.
- Todos los usuarios de ServicePoint recibirán capacitación sobre protección de la privacidad y han recibido copias de esta política de privacidad y han firmado un acuerdo de confidencialidad comprometiéndose a adherirse a sus requisitos.

¡Conozca sus derechos de información!

Como cliente que recibe asistencia de una agencia participante, usted tiene el derecho a una copia de este aviso. Además, usted puede:

1. Decidir el nivel de divulgación de su información; permitir o rechazar compartir su información con las agencias de ROCC participantes.
2. Revocar la visibilidad de su información dando un aviso por escrito al proveedor del servicio. Esto incluye restringir la visibilidad de los datos solo para la agencia que le brinda asistencia.
3. Solicitar adaptaciones razonables. La agencia en la que está solicitando servicios debe realizar adaptaciones razonables para garantizar que usted entienda sus derechos de información.
4. Acceso a su expediente. Usted tiene derecho a revisar su expediente de ServicePoint, a obtener una copia impresa de sus datos y a que le expliquen la información que usted no entienda.
5. Corregir su expediente. Usted tiene derecho a que se corrija su expediente para que su información esté actualizada, sea correcta y para garantizar la imparcialidad de su uso. Los desacuerdos sobre la precisión de la información



estarán sujetos al proceso de reclamaciones de la agencia y cualquier desacuerdo no corregido se registrará en su expediente de ServicePoint.

6. Negarse a permitir el acceso sin que le nieguen asistencia. A usted no se le negarán los servicios para los cuales sea elegible si usted rechazó dar su consentimiento para compartir con otras agencias proveedoras los datos que se ingresaron en ServicePoint. Si tiene inquietudes, hable con un miembro del personal.
7. Presentar una queja. Usted tiene derecho a que lo escuchen si siente que lo han atendido de forma injusta, lo han puesto en peligro personal o lo han perjudicado. Los empleados o agencias que hacen mal uso de la información están sujetos a amonestaciones, advertencias y destitución para el uso de ServicePoint. La agencia debe poner a disposición suya la política escrita de reclamaciones.

Adicionalmente:

- Archivo de datos: Todos los datos personales que lo puedan identificar se almacenarán en ServicePoint por no más de siete años a partir de su ingreso o desde la última vez que se modificaron.
- Enmiendas: Los términos de este aviso de privacidad pueden enmendarse en cualquier momento y todas las enmiendas aplicarán a la información obtenida previamente.
- Preguntas y quejas sobre la Política de privacidad: Todas las preguntas o quejas relacionadas con las prácticas de privacidad y de seguridad de datos de esta agencia se pueden resolver mediante el proceso de reclamaciones de la agencia.
- Las agencias con acceso a información compartida se pueden encontrar en el sitio web de Atención Continuada en las Áreas Rurales de Oregon: <https://caporegon.org/what-we-do/the-rocc/> . El trabajador a cargo de su ingreso puede imprimir una lista de las agencias participantes si usted lo solicita.



Petición de Visibilidad Restringida

Nombre del/ de la cliente _____ Fecha de nacimiento _____
Persona a cargo del hogar

Proyecto / Proveedor _____ No. de cliente _____

Fecha de inscripción para la evaluación de ingreso _____ Nombre de la agencia _____

No deseo que la información que le ofrecí a esta agencia se comparta con otras agencias que usan el sistema de base de datos digital llamado WellSky Community Services (anteriormente conocido como ServicePoint).

Entiendo que esta solicitud puede reducir mi acceso a algunos servicios disponibles en asociación con otras agencias, pero esta agencia no puede negarme ayuda si restrinjo el acceso a mi información .

Entiendo que los veteranos que califican para proyectos del Servicio de Apoyo para Familias de Veteranos (SSVF, por sus siglas en ingles), deben compartir su información de identificación personal y de inscripción en el programa.

Entiendo que puedo cambiar mi decisión de compartir mi información en cualquier momento. La información ya compartida no puede ser retractada ni revocada.

No deseo que se comparta esta información sobre la inscripción en el programa.

- ☐ con ninguna de las demás agencias; o bien
- ☐ con una Agencia una agencia en particular: _____

Escriba en la lista el nombre de todos los dependientes en el hogar que están incluidos en esta petición.

Nombre	Edad

Nombre	Edad

Firmas

Firma del/de la cliente (Persona a cargo del hogar)

Fecha

Nombre en letra imprenta del trabajador de ingreso /
Personal de agencia

Se leyó / entregó el texto de Privacidad?

- ☐ para todas las demás Agencias; o bien
- ☐ para una agencia en particular

Firma del trabajador de ingreso / Personal de agencia

Fecha