

Ilé Te Shangó Diversity & Empowerment Foundation
Formulario de Solicitud de Asistente Financiero



Su solicitud debe incluir esta lista de verificación y copias de toda la documentación correspondiente.

- 1) Si no tiene ingresos: haga que la persona o personas que le brindan apoyo envíen una carta explicando que lo apoyan, pero no lo reclaman como dependiente en sus impuestos.
- 2) Si se le ha negado Asistencia Médica: Si se le ha negado Asistencia Médica a través del Estado, envíenos una copia de su "Carta de Denegación". No podemos finalizar su solicitud sin esta carta.
- 3) Si tiene ingresos: Si presenta una declaración de impuestos federales sobre la renta debe: Adjuntar una copia de su declaración de impuestos del Servicio de Impuestos Internos más reciente, es decir (formulario IRS 1040). Si no presentó una declaración de impuestos federales sobre la renta, debe: Documentar a continuación que no está obligado a presentar y el motivo.

- 4) ¿Alguien lo reclamó como dependiente en su declaración de impuestos federales sobre la renta? En caso afirmativo, debe: Incluir una copia de la declaración de impuestos federales más reciente de cualquier persona que lo haya reclamado como dependiente.

Lista de verificación de documentos familiares y no familiares	
Solicitante	Esposa / Esposo
Copia de identificación por delante y por detrás	Copia de identificación por delante y por detrás
Copia del Seguro Social	Copia del Seguro Social
Copia de la tarjeta de seguro médico al frente y al dorso	Copia de la tarjeta de seguro médico al frente y al dorso
Copia de (3) recibo de pago actual	Copia de (3) recibo de pago actual
Copia del contrato de arrendamiento	Copia del contrato de arrendamiento
Niños de 17 años y menores	18 años o más / Familiar o no familiar
Copia de identificación por delante y por detrás	Copia de identificación por delante y por detrás
Copia del Seguro Social	Copia del Seguro Social
Copia de la tarjeta de seguro médico al frente y al dorso	Copia de la tarjeta de seguro médico al frente y al dorso
	Copia de (3) recibo de pago actual
Si un miembro de la familia recibe beneficios del Seguro Social, necesitaremos una carta de beneficios del Seguro Social vigente	
Copia de la carta de beneficios del Seguro Social	
Si el individuo está desempleado, necesitaremos una Carta de Desempleo vigente	
Copia de Carta de Desempleo	
Lista de verificación de documentos de alquiler y servicios públicos	
Copia del aviso de desalojo de alquiler y del contrato de arrendamiento	
Copia de la declaración de gas actual	
Copia de la declaración de energía actual	
Copia o declaración de agua actual	

Ilé Te Shangó Diversity & Empowerment Foundation
Formulario de Solicitud de Asistente Financiero



Sólo Sección Oficial		Número de cuenta:	
Nombre del cliente:		Número Celular:	
Referido Por:		Nombre del Ssistente Social:	
Día de La Cita:		Hora de La Cita:	

Raza / Etnia					
¿Es usted hispano, latino o de origen español? (opcional)			Sí	No	
Si es hispano/latino (marque todo lo que corresponda - opcional):					
Mexicano	Mexicano Americano	Puertorriqueño	Chicano/ a	Cubano	Otro
Carrera (opcional): marque todo lo que corresponda					
Blanco	Negro o Afroamericano	Indio Americano o Nativo de Alaska		Indio Asiático	
Chino	Filipino	Japonés		Coreano	
Vietnamita	Nativo de Hawái	Guameño o Chamorro Samoano		Otro	

Información del hogar Sus ingresos y el tamaño de su familia nos ayudan a decidir para qué programas califica. Con esta información. Quién debe incluirse en esta solicitud: • su cónyuge, si está casado • sus hijos que viven con usted • su pareja que vive con usted.

Información del jefe de hogar					
Estado Civil		Género		Preferencia Sexual	
Soltero		Masculino		Heterosexual	
Casado		Femenino		Bisexual	
		No Binario		Homosexuales	
		Otro		Otro	

Informacion Personal					
Nombre de pila:		Segundo nombre:		Apellido:	
Fecha de nacimiento:		Seguridad Social Número:			
Direccion de casa:				Apto. Número:	
Ciudad:		Estado:		Código postal:	

Informacion de Empleo					
Nombre de empresa:			Número de trabajo:		
Dirección de empleo:				Número de suite:	
Ciudad:		Estado:		Código postal:	
Salarios brutos/propinas por periodo de pago:		¿Con qué frecuencia te pagan?		Semanalmente:	
\$	Quincenal:	Mensual:	Semi mensual:	Anualmente:	

Seguro					
¿Usted o un familiar o no familiar tiene seguro médico?				Sí:	No:

Ilé Te Shangó Diversity & Empowerment Foundation
Formulario de Solicitud de Asistente Financiero



Proporcione el número total de personas que viven en el hogar actual.

	Total de adultos, incluidos los mayores de 18 años que viven en el mismo hogar.
	Total Niños menores de 17 años.

Información del cónyuge

Nombre de pila:	Segundo nombre:	Apellido:
Fecha de nacimiento:	Seguridad Social Número:	
Dirección de casa:	Apto. Número:	
Ciudad:	Estado:	Código postal:

Información de Empleo

Nombre de empresa:	Número de trabajo:	
Dirección de empleo:		Número de suite:
Ciudad:	Estado:	Código postal:
Salarios brutos/propinas por periodo de pago:	¿Con qué frecuencia te pagan?	Semanalmente:
\$	Quincenal:	Mensual:
	Semi mensual:	Anualmente:

Hijos, si los hay: (Si no hay ninguno, deje la sección en blanco).

1) Información para niños

Nombre de pila:	Segundo nombre:	Apellido:
Fecha de nacimiento:	Seguridad Social Número:	Edad:
Fecha de nacimiento:	Apto. Número:	
Ciudad:	Estado:	Código postal:
Actualmente en la escuela:	Sí:	No:

2) Información para niños

Nombre de pila:	Segundo nombre:	Apellido:
Fecha de nacimiento:	Seguridad Social Número:	Edad:
Fecha de nacimiento:	Apto. Número:	
Ciudad:	Estado:	Código postal:
Actualmente en la escuela:	Sí:	No:

3) Información para niños

Nombre de pila:	Segundo nombre:	Apellido:
Fecha de nacimiento:	Seguridad Social Número:	Edad:
Fecha de nacimiento:	Apto. Número:	
Ciudad:	Estado:	Código postal:
Actualmente en la escuela:	Sí:	No:

4) Información para niños

Nombre de pila:	Segundo nombre:	Apellido:
Fecha de nacimiento:	Seguridad Social Número:	Edad:
Fecha de nacimiento:	Apto. Número:	
Ciudad:	Estado:	Código postal:
Actualmente en la escuela:	Sí:	No:

Ilé Te Shangó Diversity & Empowerment Foundation
Formulario de Solicitud de Asistente Financiero



Si el niño tiene 18 años o más y trabaja, necesitaremos la siguiente información:

1) Información de niños mayores de 18 años		
Nombre de pila:	Segundo nombre:	Apellido:
Fecha de nacimiento:	Seguridad Social Número:	
Dirección de casa:		Apto. Número:
Ciudad:	Estado:	Código postal:
Actualmente en la escuela:	Sí:	No:

Si no trabaja y el niño todavía está en la escuela secundaria, deje esta sección en blanco.

Información de Empleo				
Nombre de empresa:			Número de trabajo:	
Dirección de empleo:			Número de suite:	
Ciudad:	Estado:		Código postal:	
Salarios brutos/propinas por periodo de pago:			¿Con qué frecuencia te pagan?	Semanalmente:
\$	Quincenal:	Mensual:	Semi mensual:	Anualmente:

2) Información de niños mayores de 18 años		
Nombre de pila:	Segundo nombre:	Apellido:
Fecha de nacimiento:	Seguridad Social Número:	
Dirección de casa:		Apto. Número:
Ciudad:	Estado:	Código postal:

Si no trabaja y el niño todavía está en la escuela secundaria, deje esta sección en blanco.

Información de Empleo				
Nombre de empresa:			Número de trabajo:	
Dirección de empleo:			Número de suite:	
Ciudad:	Estado:		Código postal:	
Salarios brutos/propinas por periodo de pago:			¿Con qué frecuencia te pagan?	Semanalmente:
\$	Quincenal:	Mensual:	Semi mensual:	Anualmente:

Ilé Te Shangó Diversity & Empowerment Foundation
Formulario de Solicitud de Asistente Financiero



Esta sección es para familiares o no familiares que viven en el mismo hogar.

1) Información de miembros familiares o no familiares				
Nombre de pila:		Segundo nombre:		Apellido:
Fecha de nacimiento:		Seguridad Social Número:		
Dirección de casa:			Apto. Número:	
Ciudad:		Estado:	Código postal:	
Información de Empleo				
Nombre de empresa:			Número de trabajo:	
Dirección de empleo:			Número de suite:	
Ciudad:		Estado:	Código postal:	
Salarios brutos/propinas por periodo de pago:		¿Con qué frecuencia te pagan?		Semanalmente:
\$	Quincenal:	Mensual:	Semi mensual:	Anualmente:

2) Información de miembros familiares o no familiares				
Nombre de pila:		Segundo nombre:		Apellido:
Fecha de nacimiento:		Seguridad Social Número:		
Dirección de casa:			Apto. Número:	
Ciudad:		Estado:	Código postal:	
Información de Empleo				
Nombre de empresa:			Número de trabajo:	
Dirección de empleo:			Número de suite:	
Ciudad:		Estado:	Código postal:	
Salarios brutos/propinas por periodo de pago:		¿Con qué frecuencia te pagan?		Semanalmente:
\$	Quincenal:	Mensual:	Semi mensual:	Anualmente:

3) Información de miembros familiares o no familiares				
Nombre de pila:		Segundo nombre:		Apellido:
Fecha de nacimiento:		Seguridad Social Número:		
Dirección de casa:			Apto. Número:	
Ciudad:		Estado:	Código postal:	
Información de Empleo				
Nombre de empresa:			Número de trabajo:	
Dirección de empleo:			Número de suite:	
Ciudad:		Estado:	Código postal:	
Salarios brutos/propinas por periodo de pago:		¿Con qué frecuencia te pagan?		Semanalmente:
\$	Quincenal:	Mensual:	Semi mensual:	Anualmente:

Ilé Te Shangó Diversity & Empowerment Foundation
Formulario de Solicitud de Asistente Financiero



Información Del Propietario			
Nombre del Residencial:		Nombre Del Propietario:	
Número de Oficina:	Número de Fax:		
Dirección de La Oficina:		Número de Suite:	
Ciudad:	Estado:	Código Postal:	
¿Cómo pagas tu alquiler?		Notificación de Desalojo:	
Oficina	Sí:	No:	
Aplicación del portal			
	Fecha de Desalojo:		
Nota:			
	Cantidad Adeudada:	\$	

Si el Cliente utiliza una aplicación del Portal, es posible que necesitemos utilizar su nombre de usuario y contraseña para ayudarle con los pagos.

Debe leer a los clientes

Toda la información está bajo el Reglamento HIPPA 45 CFR Partes 160, 162 y 164 que la Fundación Ile Te Shango no proporciona ni comparte ninguna información sin consentimiento previo. Toda la información está protegida con su permiso. ¿Está de acuerdo con estos términos y condiciones?

Sí _____ Fecha de acuerdo _____ No _____ Fecha en desacuerdo _____

Firme si acepta proporcionar a la Fundación Ile Te Shango el uso de su nombre de usuario y contraseña para iniciar sesión en la aplicación de su portal para realizar pagos de alquiler.

Nombre completo en letra de imprenta: _____

Firma: _____ Fecha: _____

Nombre de usuario: _____ Contraseña: _____

Firme si no desea proporcionar a la Fundación Ile Te Shango el uso de su nombre de usuario y contraseña para iniciar sesión y realizar pagos. Nombre completo en letra de imprenta:

Nombre completo en letra de imprenta: _____

Firma: _____ Fecha: _____

Ilé Te Shangó Diversity & Empowerment Foundation
Formulario de Solicitud de Asistente Financiero



Formulario de consentimiento de cumplimiento del PNP

Nuestro Aviso de prácticas de privacidad proporciona información sobre cómo podemos usar o divulgar información personal, de salud y financiera protegida. El aviso contiene una sección de derechos del cliente que describe sus derechos según la ley. Usted confirma que con su firma ha revisado nuestro aviso antes de firmar este consentimiento. Los términos del aviso pueden cambiar; de ser así, se le notificará en su próxima visita para actualizar su firma/fecha. Tiene derecho a restringir cómo se utiliza y divulga su información personal, de salud y financiera protegida para pagos u operaciones de atención médica. No estamos obligados a aceptar esta restricción, pero si lo hacemos, respetaremos este acuerdo. La Ley de Privacidad de 1974, una ley federal de los Estados Unidos, establece un Código de Prácticas Justas de Información que rige la recopilación, el mantenimiento, el uso y la difusión de información de identificación personal sobre individuos que se mantiene en sistemas de registros de agencias federales. Al firmar este formulario, usted acepta nuestro uso y divulgación de su información personal, de salud y financiera protegida y el uso potencialmente anónimo en una publicación. Tiene derecho a revocar este consentimiento por escrito, firmado por usted. Sin embargo, dicha revocación no tendrá carácter retroactivo.

Al firmar este formulario, entiendo que:

- La información de salud protegida puede divulgarse o usarse para tratamiento, pago u operaciones de atención médica.
- La práctica se reserva el derecho de cambiar la política de privacidad según lo permita la ley.
- La práctica tiene el derecho de restringir el uso de la información, pero no tiene que aceptar esas restricciones.
- El paciente tiene derecho a revocar este consentimiento por escrito en cualquier momento y entonces cesarán todas las divulgaciones completas.
- La práctica puede condicionar la recepción del tratamiento a la ejecución de este consentimiento.

¿Podemos llamarle, enviarle un correo electrónico o enviarle un mensaje de texto para confirmar las citas?

SÍ _____ NO _____

¿Podemos dejarle un mensaje en el contestador de su casa o en su celular?

SÍ _____ NO _____

¿Podemos hablar de su condición médica con algún miembro de su familia?

SÍ _____ NO _____

En caso afirmativo, nombre los miembros permitidos:

1. _____

Relación: _____

2. _____

Relación: _____

3. _____

Relación: _____

Este consentimiento fue firmado por: _____ (Nombre en letra de imprenta, por favor)

Firma: _____

Fecha: _____

Testigo: _____

Fecha: _____

Ilé Te Shangó Diversity & Empowerment Foundation
Formulario de Solicitud de Asistente Financiero



Desglose Financiero

Le recomendamos que utilice nuestras hojas de trabajo de presupuesto para obtener una evaluación más precisa. Revise las hojas de trabajo para ayudarlo a estimar su presupuesto mensual y administrar sus recursos financieros disponibles.

Client must provide the following financial breakdown expenses.

\$	Cable / Internet (No Esencial)	\$	Médico (esencial)
\$	Seguro de Auto (Esencial)	\$	Transmisión de películas (no esencial)
\$	Pagos del automóvil (esencial)	\$	Energía (servicios públicos)
\$	Teléfono celular (esencial)	\$	Alquiler (Esencial)
\$	Ropa (esencial)	\$	Energía (servicios públicos)
\$	Gas (servicios públicos)	\$	Aguas Residuales/Basura (Utilidades)
\$	Gasolina para Auto (Esencial)	\$	Servicios de agua)
\$	Comestibles (esenciales)	\$	Otro:
\$	Préstamos (Préstamos totales, es decir: préstamos de día de pago / préstamos para estudiantes u otros) (Esencial)	\$	Otro:

Gastos Totales		Ingresos Totales	
\$	Monto total para Básico	\$	Ingreso Primario Antes de Impuestos
\$	Monto total para No esencial	\$	Ingresos del Cónyuge Antes de Impuestos
\$	Cantidad total Utilidades	\$	18 Años o más Ingreso Antes de Impuestos
\$	Monto Total Para Otros	\$	Ingresos de Los Miembros de La Familia Antes de Impuestos
\$	Total Combinado Gastos	\$	Ingresos Antes de Impuestos de No Miembros de La Familia
		\$	Beneficios de Seguro Social
		\$	Ingreso Total Combinado Antes de Impuestos

Ilé Te Shangó Diversity & Empowerment Foundation
Formulario de Solicitud de Asistente Financiero



Comprensión del cliente

Entiendo que la documentación solicitada no me será devuelta.

Entiendo que la información proporcionada por mí se utilizará para determinar la asistencia financiera y la responsabilidad financiera por mis servicios en la Fundación Ile Te Shango.

Además, entiendo que la información que presento sobre el ingreso y el tamaño de mi hogar anual es precisa y está sujeta a verificación por parte de la Fundación Ile Te Shango.

Entiendo que debo cooperar con el proceso de solicitud de asistencia financiera estatal si así lo solicita la Fundación Ile Te Shango, antes de recibir asistencia financiera a través de la Fundación Ile Te Shango.

Entiendo que si me aprueban para recibir asistencia financiera pero luego obtengo empleo durante mi período de elegibilidad, debo comunicarme al (702) 900-1867 con esta información laboral actualizada.

Entiendo que al recibir una carta de aprobación de asistencia financiera, mi cobertura de asistencia financiera solo será válida durante 6 meses a partir de la fecha de la carta y, como cortesía, la Fundación Ile Te Shango ajustará los saldos 6 meses antes de mi fecha de aprobación.

Entiendo que si no califico para recibir asistencia financiera, recibiré una carta de denegación de la Fundación Ile Te Shango indicando el motivo de la denegación.

Entiendo que si se determina que cualquier información que he proporcionado es falsa, puede resultar en una revocación de mi aprobación de asistencia financiera y seré responsable de todos los cargos y multas. Doy permiso a la Fundación Ile Te Shango para verificar cualquier información que he proporcionado.

Este consentimiento fue firmado por: _____ (Nombre en letra de imprenta, por favor)

Firma: _____ Fecha: _____

Testigo: _____ Fecha: _____



Sistemas de información de gestión comunitaria de Nevada (CMIS)

Consentimiento del cliente para la recopilación de datos y la divulgación de información

¿Qué es CMIS?

El CMIS es un sistema de datos que almacena información sobre los servicios para personas sin hogar. Bitfocus, Inc. gestiona el CMIS para los CoC dentro del estado de Nevada. El propósito del CMIS es mejorar los servicios que apoyan a las personas sin hogar o en riesgo de quedarse sin hogar para obtener vivienda, y tener un mejor acceso a esos servicios mientras se cumplen los requisitos de financiadores como el Departamento de Vivienda y Desarrollo Urbano de EE. UU. (HUD) .

¿Cuál es el propósito de este formulario?

Con este formulario, puede dar permiso para que se recopile y comparta información sobre usted con agencias asociadas que ayudan a Nevada a proporcionar vivienda y servicios. Una lista actualizada de agencias asociadas está disponible en <http://nvcmis.bitfocus.com/>.

AL FIRMAR ESTE FORMULARIO, AUTORIZO al estado de Nevada y a Bitfocus a compartir información de CMIS con agencias asociadas. La información de CMIS compartida se utilizará para ayudarme a conseguir vivienda y servicios. También se utilizará para ayudar a evaluar la calidad de los programas de vivienda y servicios. Entiendo que las agencias asociadas pueden cambiar con el tiempo.

La información que se recopilará y compartirá incluye:

- Nombre, fecha de nacimiento, sexo, raza, origen étnico, número de seguro social, número de teléfono, dirección
- Información médica básica, salud mental, uso de sustancias y vida diaria.
- Información de vivienda
- Uso de servicios de crisis, servicios para veteranos, hospitales y cárceles.
- Información sobre empleo, ingresos, seguros y beneficios.
- Servicios proporcionados por agencias asociadas
- Resultados de las evaluaciones
- Mi fotografía u otra imagen (si está incluida)

AL FIRMAR ESTE FORMULARIO, ENTIENDO QUE:

Bitfocus y las agencias asociadas mantendrán la privacidad de mi información CMIS utilizando políticas de privacidad estrictas. Tengo derecho a revisar sus políticas de privacidad.

- Puedo recibir una copia de este Consentimiento y la Hoja de información del cliente
- Puedo negarme a firmar este Consentimiento. Si me niego, no perderé ningún beneficio o servicio.
- Este Consentimiento caducará 5 años después de mi última actividad registrada en CMIS.

Ilé Te Shangó Diversity & Empowerment Foundation

Formulario de Solicitud de Asistente Financiero



Puedo revocar este Consentimiento antes en cualquier momento enviando un formulario de Revocación de Consentimiento completo, disponible en <http://nvcmis.bitfocus.com/>, a nevada@bitfocus.com.

- La revocación entrará en vigor al recibirla, excepto en la medida en que otros ya hayan actuado conforme a este Consentimiento.
- La información de mi CMIS puede ser vista por auditores o financiadores que revisan el trabajo de las agencias asociadas, incluido HUD, el Departamento de Asuntos de Veteranos y el Departamento de Salud y Servicios Humanos. Entiendo que la lista de auditores y financiadores puede cambiar con el tiempo.
- La información de mi CMIS puede compartirse para coordinar referencias y colocación para vivienda y servicios.
- Las agencias asociadas pueden compartir mi información CMIS con otras agencias para coordinación de atención, asesoramiento, alimentación, asistencia con servicios públicos y otros servicios.
- La información de mi CMIS se utilizará para ayudar a evaluar la calidad de los servicios sociales.
- La información de mi CMIS puede usarse para investigaciones; sin embargo, mi identidad permanecerá privada.

FIRMA:

Del Paciente/Cliente o Representante

Fecha

Nombre Impreso

Negar el consentimiento y desidentificar la información

Si rechaza el consentimiento para que su información se comparta con agencias asociadas, la siguiente información se ingresará en el sistema para su perfil y se considerará anónima o "desidentificada".

- 1) Su número de seguro social se ingresará con ceros y el campo Calidad de datos del número de seguro social se establecerá en Cliente rechazado.
- 2) Su fecha de nacimiento se ingresará como 01/01/[año de nacimiento] y el campo Calidad de los datos de la fecha de nacimiento se establecerá en Fecha de nacimiento informada aproximada o parcial.
- 3) Su nombre se ingresará como anónimo.
- 4) Su apellido se ingresará como el identificador único asignado automáticamente por Clarity Human Services; y
- 5) El campo Calidad de los datos del nombre se establecerá en Cliente rechazado.

PARA USO EXCLUSIVO DE LA AGENCIA:

El cliente optó por no participar (consentimiento rechazado) _____ Iniciales del personal/agencia)

Personal de testigos y agencia

Fecha

Ilé Te Shangó Diversity & Empowerment Foundation Formulario de Solicitud de Asistente Financiero



Derechos y responsabilidades de los participantes

Estoy solicitando asistencia a través de la Fundación Ile Te Shango. Entiendo que hay varios componentes en el proceso de solicitud que acepto completar lo mejor que pueda.

Autorizo a mi administrador de casos a obtener la información necesaria para determinar mis calificaciones para el programa de reuniones para los servicios del Programa de Prevención de Personas sin Hogar y desarrollar un plan de atención personalizado.

Certifico que no he fabricado ni producido metanfetamina en las instalaciones de viviendas con asistencia federal (24CFR 960.204, 24CFR 982.553); y no soy un delincuente sexual sujeto a un requisito de registro de por vida según un programa estatal de registro de delincuentes sexuales (24CFR 960.204, 24CFR 982.553).

Las personas que solicitan asistencia a través del Programa de Prevención de Personas sin Hogar tienen derechos y responsabilidades.

DERECHOS

- Tiene derecho a elegir si desea solicitar asistencia a través de este programa.
- Tiene derecho a elegir los proveedores de servicios de quienes recibirá sus servicios HOPWA, en la medida en que estén disponibles.
- Tiene derecho a recibir los servicios de HOPWA que necesita; estos pueden incluir o no todos los servicios que desea.
- Tiene derecho a recibir servicios oportunos, respetuosos y de alta calidad del personal de todos los proveedores sin importar edad, origen étnico, género, discapacidad, religión, orientación sexual, valores y creencias, y estado civil.
-
- Tiene derecho a solicitar copias de todos los documentos firmados y tener acceso a su registro de servicios.
- Tiene derecho a participar en el desarrollo de su plan de atención.
- Tiene derecho a recibir información y educación actualizada sobre servicios y recursos de vivienda.
- Tiene derecho a presentar una queja, queja y apelación por decisiones con las que no está de acuerdo.
- Tiene derecho a solicitar un intérprete para mejorar la comunicación.

Ilé Te Shangó Diversity & Empowerment Foundation

Formulario de Solicitud de Asistente Financiero



RESPONSABILIDADES

- Usted es responsable de comportarse de manera cortés, cooperativa, asertiva y respetuosa.
- Usted es responsable de cumplir con las citas programadas, responder de manera oportuna a todas las citas y aceptar los servicios ofrecidos y necesarios.
- Usted es responsable de notificar al patrocinador del proyecto si alguna enfermedad interfiere con las citas programadas.
- Usted es responsable de trabajar con su administrador de casos de Community Connect para desarrollar un plan de atención y participar activamente en su implementación.
- Usted es responsable de proporcionar toda la documentación necesaria para adquirir los servicios de vivienda.
- Usted es responsable de notificar a su administrador de casos de Community Connect cuando tenga problemas para obtener servicios de vivienda o cuando no esté satisfecho con su atención.
- Usted es responsable de seguir las instrucciones de atención médica lo mejor que pueda.
- Es posible que usted sea responsable de una parte de los costos de sus servicios de vivienda.
- Usted es responsable de notificar a su administrador de casos de Community Connect sobre cualquier cambio, como dirección, ingresos y condiciones de vivienda.

PROCEDIMIENTOS DE QUEJAS, QUEJAS Y APELACIONES DEL CLIENTE

- Se le ha informado sobre los procedimientos de quejas, quejas y apelaciones del cliente del patrocinador del proyecto.
- Tiene derecho a presentar una queja, queja y/o apelación.
- Usted tiene la responsabilidad de iniciar estas acciones.

He tenido la oportunidad de discutir esto y soy plenamente consciente de los derechos y responsabilidades del participante descritos anteriormente. El Coordinador de Vivienda proporcionará una copia firmada al cliente.

Nombre completo del cliente

Firma del cliente

Fecha

Firma del administrador del caso

Fecha

Derechos y Responsabilidades de Los Participantes (05/2024)

Ilé Te Shangó Diversity & Empowerment Foundation
Formulario de Solicitud de Asistente Financiero



Política de terminación

La desestimación del programa se implementará por violaciones graves o persistentes después de que se hayan agotado los pasos intermedios. El cliente y/o el hogar son responsables de seguir las reglas de su contrato de arrendamiento/hipoteca, comunidad y pautas del programa. La Fundación Ile Te Shango cree en intervenir con pasos graduales antes de dar de baja al cliente del programa.

Las razones de despido del programa son las siguientes:

- La terminación inmediata del programa puede estar justificada en casos de fraude, soborno, amenazas de violencia o cualquier otro acto corrupto o criminal.
- Las amenazas de violencia incluyen acciones verbales y no verbales que amenazan la seguridad de ellos mismos, de los vecinos, del personal y de los propietarios.
- El cliente o el hogar serán eliminados del programa debido a conducta o actividad criminal en la unidad o daños a la propiedad de una unidad arrendada.
- El cliente u hogar no cumple con los lineamientos del programa que han sido firmados durante la evaluación inicial.
- La terminación se producirá en caso de fallecimiento del participante elegible para HOPWA cuando haya familiares sobrevivientes.
- El cliente o el hogar ya no califica para los servicios de acuerdo con los requisitos de elegibilidad del programa.
- El cliente o el hogar ha alcanzado el límite de elegibilidad del programa.
- El cliente o miembro del hogar no paga su parte del alquiler.
- El cliente o miembro del hogar no completa la recertificación anual.
- El cliente o miembro del hogar es desalojado de la vivienda.
- El cliente y los miembros del hogar abandonan la propiedad de vivienda y dejan de comunicarse con su administrador de casos.

Entiendo que me pueden dar de baja del programa si no sigo las reglas de mi contrato de arrendamiento/hipoteca, comunidad y pautas del programa. Es mi responsabilidad comunicarme con mi administrador de casos y proporcionar cualquier cambio de ingresos dentro de los 10 días.

El incumplimiento puede causar la terminación del programa.

Nombre completo del cliente

Firma del cliente

Fecha

Firma del administrador del caso

Fecha

Política de Terminación (04/2024)