

FORMULARIO DE VIVIENDA



INFORMACIÓN DE PACIENTE

Fecha de la visita:

Ubicación de la visita:

| | | | | |
|-------------------------------|---------------|---------------------|---|--------------------|
| Apellido/Sufijo | Primer Nombre | Segundo Nombre | Fecha de Nacimiento | Sexo de Nacimiento |
| Dirección | | | Ciudad | Código Postal |
| Número de Teléfono Preferido: | | Correo Electrónico: | ¿Mandamos Mensajes? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | |

EMERGENCY CONTACT

| | | |
|--------|----------|--------------------|
| Nombre | Relación | Número de Teléfono |
|--------|----------|--------------------|

INFORMACIÓN ADICIONAL

¿Qué está buscando? Asistencia Para El Alquiler Vivienda Permanente A Largo Plazo Refugio de Emergencia

Seguro de Salud Sin Seguro Medi-Cal #: _____ Medicare #: _____

¿Recibe el paciente SSI o SSDI? Sí; _____ No

| | | | | |
|------------------------------|--|--|--|--|
| ¿Cómo se enteró de nosotros? | <input type="checkbox"/> Familiar/ Amigo | <input type="checkbox"/> Prestamista | <input type="checkbox"/> Agente Inmobiliario | <input type="checkbox"/> Personal de KCS |
| | <input type="checkbox"/> Visita sin Cita | <input type="checkbox"/> Otro (Especificar): _____ | | |

Idioma Inglés Coreano Español Otro:

ASESORAMIENTO Y NAVEGACIÓN DE VIVIENDA

Paso 1: Necesidades de asesoramiento del cliente y objetivo(s) financiero(s):

- Vivienda de Emergencia
- Asesoramiento sobre alquiler
 - Asistencia energética Asistencia para el Alquiler Problema Arrendador inquilino Otro: _____
- Asesoramiento crediticio
 - Disputa de crédito Acuerdo de Deudas Establecimiento de Crédito

Paso 2: Lista de documentos

¿El Cliente tiene todos los documentos necesarios? (Debe tenerlos para la preselección)

- Comprobante de ingresos: Comprobantes de Pago (1 mes), Estado de Pérdidas y ganancias(Trimestral), o Declaración de Ingresos por Seguro Social
- Verificación de Discapacidad (si corresponde)
- Verificación de falta de vivienda crónica (si corresponde)
- Contrato de Alquiler
- Declaraciones de Impuestos Personales- 1040 (Últimos 2 años)
- Extracto bancario (2 meses)
- Factura de Servicios Públicos- Electricidad, Gas, Agua, Basura
- Otras Facturas- Tarjeta(s) de Crédito

INFORMACIÓN ADICIONAL

| | | | | | | | |
|-------------------------------|---|---|---|--|--|--|----------------------------------|
| Raza | <input type="checkbox"/> Afro Americano/Negro | <input type="checkbox"/> Indio Americano/Nativo de Alaska | <input type="checkbox"/> Caucásico/Blanco | | | | |
| | <input type="checkbox"/> Nativo Hawaiano/Otro isleño del Pacífico | <input type="checkbox"/> Asiático | <input type="checkbox"/> Más de una raza | <input type="checkbox"/> Negarse a Contestar | | | |
| Etnicidad | <input type="checkbox"/> Hispano/Latino | <input type="checkbox"/> No Hispano/Latino | <input type="checkbox"/> Otro | <input type="checkbox"/> Desconocido | <input type="checkbox"/> Negarse a Contestar | | |
| Identidad de Género | <input type="checkbox"/> Mujer | <input type="checkbox"/> Hombre | <input type="checkbox"/> Mujer Transgénero | <input type="checkbox"/> Hombre Transgénero | | | |
| | <input type="checkbox"/> Género queer | <input type="checkbox"/> Otro | <input type="checkbox"/> Sin Respuesta | | | | |
| Orientación Sexual | <input type="checkbox"/> Desconocido | <input type="checkbox"/> Heterosexual | <input type="checkbox"/> Homosexual/Lesbiana, Gay | | | | |
| | <input type="checkbox"/> Bisexual | <input type="checkbox"/> Otro | <input type="checkbox"/> Negarse a Contestar | | | | |
| Pronombres que utiliza | <input type="checkbox"/> Él | <input type="checkbox"/> Ella | <input type="checkbox"/> Ellos | <input type="checkbox"/> Otro | <input type="checkbox"/> Desconocido | <input type="checkbox"/> Negarse a Contestar | <input type="checkbox"/> Ze, Hir |
| Estado Civil | <input type="checkbox"/> Divorciado/a | <input type="checkbox"/> Soltero/a | <input type="checkbox"/> Viudo/a | <input type="checkbox"/> Casado/a | | | |
| | <input type="checkbox"/> Pareja Domestica | <input type="checkbox"/> Separado | <input type="checkbox"/> Desconocido | | | | |

HOJA DE PROPUESTO

| Categoría | Descripción | Actual | Ajustado | Dinero Ahorrado |
|-------------------------|---|-----------|----------|-----------------|
| Ingresos | | | | |
| Total del hogar (Bruto) | Ingresos por empleo 1 | \$ | | |
| | Seguro Social/Incapacidad | \$ | | |
| | Pensión/Jubilación | \$ | | |
| | Manutención de hijos | \$ | | |
| | Beneficio u otros | \$ | | |
| | Total de Ingresos Brutos | \$ | | |
| | Total de Ingresos Netos | \$ | | |
| Gastos | | | | |
| Vivienda | Hipoteca o Alquiler | \$ | | |
| | Impuesto a La Propiedad y Seguro, si no está incluido | \$ | | |
| | Mantenimiento (Promedio) | \$ | | |
| | Cuotas de Asociación | \$ | | |
| | Subtotal: | \$ | | |
| Transporte | Pago de Vehículo | \$ | | |
| | Gasolina/Combustible | \$ | | |
| | Seguro de Auto | \$ | | |
| | Mantenimiento/Reparaciones de Auto | \$ | | |
| | Subtotal: | \$ | | |
| Servicios Públicos | Electricidad | \$ | | |
| | Gas Natural | \$ | | |
| | Agua | \$ | | |
| | Basura | \$ | | |
| | Internet/Cable | \$ | | |
| | Teléfono móvil/residencial | \$ | | |
| | Sub-total: | \$ | | |
| Alimentación | Comestibles | \$ | | |
| | Salir a Comer | \$ | | |
| | Almuerzo | \$ | | |
| | Subtotal | \$ | | |
| Préstamos | Pagos de Tarjeta de Crédito | \$ | | |
| | Préstamos estudiantiles | \$ | | |
| | Préstamos Personales/Viajes | \$ | | |
| | Sub-total: | \$ | | |
| Personal | Ropa | \$ | | |
| | Ropa para niños | \$ | | |
| | Corte de Pelo | \$ | | |
| | Salud/Gimnasio | \$ | | |
| | Limpieza en Seco | \$ | | |
| | Subtotal: | \$ | | |
| Niños | Cuidado de niños | \$ | | |
| | Actividades extracurriculares | \$ | | |
| | Matrícula | \$ | | |

| | | | | |
|--------|---|----|--|--|
| | Útiles Escolares | \$ | | |
| | Subtotal: | \$ | | |
| Varios | Manutención de hijos | \$ | | |
| | Donación/Diezmo | \$ | | |
| | Regalos | \$ | | |
| | Entretenimiento (películas, música, etc.) | \$ | | |
| | Seguro (vida, médico, etc.) | \$ | | |
| | Sub-total: | \$ | | |
| | Total de Gastos Mensuales | \$ | | |
| | Ingresos Netos Totales- Gastos Totales | \$ | | |

KCS USE INTERNO

CalAIM (marque uno de los siguientes)

- Navegación de Transición de Vivienda
 Depósito de Vivienda
 Servicios de Vivienda y Mantenimiento de Tenencia

Por favor, complete la hoja de presupuesto a continuación.

Nombre del Consejero:

Fecha de Autorización Previa:

FORMULARIO 1A: HERRAMIENTA DE EVALUACIÓN DE INQUILINOS

| | | | | |
|---|---|--|--|---|
| Marque todos las opciones que correspondan | <input type="checkbox"/> Discapacitado/a | <input type="checkbox"/> Jefe/a de hogar soltero/a | <input type="checkbox"/> Comprador/a de vivienda por primera vez | <input type="checkbox"/> Adulto/a mayor |
| | <input type="checkbox"/> Veterano/a de los Estados Unidos | <input type="checkbox"/> Propietario/a de una Vivienda en los últimos 3 años | <input type="checkbox"/> Sin hogar | |
| | <input type="checkbox"/> Embarazada (meses) _____ | | | |
| | <input type="checkbox"/> Enfermedad Crónica | <input type="checkbox"/> Trastorno por Consumo de Sustancias | <input type="checkbox"/> Enfermedad Mental | |

INFORMACIÓN DEL HOGAR

de personales en el hogar (incluido el jefe/a de hogar): _____

| Nombre | Relación | Fecha de Nacimiento |
|--------|----------|---------------------|
| 1. | | |
| 2. | | |
| 3. | | |
| 4. | | |
| 5. | | |
| 6. | | |
| 7. | | |

¿Hay alguna persona con discapacidad o necesidades especiales en el hogar? Sí No

En caso afirmativo, proporciones detalles:

¿Usted o algún miembro del hogar tiene alguna condición de salud o discapacidad que requiera adaptaciones especiales?

Sí No

En caso afirmativo, proporciones detalles:

¿Usted o algún miembro del hogar reciben algún tratamiento médico o servicios médicos continuos? Sí No

En caso afirmativo, proporciones detalles:

INGRESOS DEL HOGAR

Tipo de Empleo Cliente: Autónomo/a Asalariado/a con W-2 Desempleado/a

(Si el cliente indica que no está trabajando, haga las siguientes preguntas):

¿Está buscando trabajo actualmente? No Sí ¿No puede trabajar actualmente? No Sí

Frecuencia y Pago

| | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Semanal \$ _____ | <input type="checkbox"/> Quincenal \$ _____ |
| <input type="checkbox"/> Semimensual (15 th & 30 th) \$ _____ | <input type="checkbox"/> Mensual \$ _____ |

Ingresos Brutos Mensuales \$ _____ Ingresos Netos Mensuales \$ _____

Tipo de Empleo del cónyuge o Miembro de Hogar: Autónomo Asalariado/a con W-2 Desempleado/a

(Si el cliente indica que no está trabajando, haga las siguientes preguntas):

¿Está buscando trabajo actualmente? No Sí ¿No puede trabajar actualmente? No Sí

Frecuencia y pago

| | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Semanal \$ _____ | <input type="checkbox"/> Quincenal \$ _____ |
| <input type="checkbox"/> semestral (15 th & 30 th) \$ _____ | <input type="checkbox"/> Mensual \$ _____ |

Ingresos Brutos Mensuales \$ _____ Ingresos Netos Mensuales \$ _____

Ingresos Brutos Mensuales del Hogar: \$ _____ Ingresos Netos Mensuales del Hogar \$ _____

HISTORIAL DE ALQUILERES

Nombre del propietario actual/Administrador actual

| | |
|--------------------------|--------------------------------|
| Monto de alquiler actual | Razón de irse (si corresponde) |
|--------------------------|--------------------------------|

Nombre del Propietario Anterior/Administrador Anterior

| | |
|-------------------------------|--------------------------------|
| Importe del alquiler anterior | Razón de irse (Si Corresponde) |
|-------------------------------|--------------------------------|

HISTORIAL DE PERSONAS SIN HOGAR

¿Ha experimentado la falta de vivienda en el pasado? Sí No

En caso afirmativo, proporcione detalles, incluyendo la duración de falta de vivienda y cualquier programa o servicio al que haya accedido durante este tiempo:

ASISTENCIA DE ALQUILER

¿Tiene un vale de asistencia de alquiler? Sí No

¿Está buscando asistencia de alquiler? Sí No

En caso afirmativo, proporcione detalles sobre el tipo de asistencia que está buscando y cualquier requisito específico o programas de los que tenga conocimiento:

¿Alguna vez ha sido desalojado/a de una propiedad de alquiler? Sí No

En caso afirmativo, proporcione detalles:

¿Alguna vez ha sido condenado/a por un delito? Sí No

En caso afirmativo, proporcione detalles:

Documentación de apoyo

Identificación con Foto (Licencia de Conducir, Pasaporte, etc.):

Comprobante de Ingresos (Talones de Pago, Carta de Beneficio, etc.):

Cualquier otro documento o nota relevante para la solicitud:

FORMULARIO 1B: HERRAMIENTA DE EVALUACIÓN DE VIVIENDA

Fecha de la Última Visita al Médico de Atención Primaria _____

¿Puede vivir de forma independiente? Sí No ¿Tiene un vale de vivienda? Sí No

¿Qué tipo de vale tiene? Sección 8 Project-Based Voucher (PBV)

ESTADO DE VIVIENDA

| | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Vivir con Familia, Amigo o Familia Anfitriona | <input type="checkbox"/> Hogar de Crianza | <input type="checkbox"/> Cárcel, Prisión o Centro de Detención Juvenil |
| <input type="checkbox"/> Habitación, Casa, Apartamento que Alquila | <input type="checkbox"/> Apartamento o Casa de su Propiedad | <input type="checkbox"/> Vivir Independientemente Solo/a |
| <input type="checkbox"/> Vivienda Subsidia | <input type="checkbox"/> Hotel o Motel Pagado sin Refugio de Emergencia | |
| <input type="checkbox"/> Refugio para personas sin hogar, si es así, indique el número de refugios para sin hogar en los últimos seis meses y enumere los nombres | | |
| <input type="checkbox"/> Refugio para Víctimas de Trata de Personas | <input type="checkbox"/> Refugio para Víctimas de Violencia Doméstica | |
| <input type="checkbox"/> Calle/no apto para habitar | <input type="checkbox"/> Otro: | |

NECESITO AYUDA CON

| | | | |
|---|---|--|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Bañarse/Ducharse | <input type="checkbox"/> Subir/Bajar Escaleras | <input type="checkbox"/> Comer | <input type="checkbox"/> Transporte |
| <input type="checkbox"/> Cepillarse los Dientes | <input type="checkbox"/> Preparar/Cocinar Comidas | <input type="checkbox"/> Levantarse de la Cama/Silla | |
| <input type="checkbox"/> Caminar | <input type="checkbox"/> Lavar Platos/Ropa | <input type="checkbox"/> Otro | |

INFORMACIÓN SOBRE DEUDAS

¿Qué tipo de historial de crédito tienes? Bueno Malo Sin Historial de Crédito No lo sé

Activos: ¿Tienes una cuenta bancaria? No Sí

Cuenta Corriente \$ _____ Cuenta de Ahorros \$ _____ Otro \$ _____

¿Tienes algún activo (automóvil, propiedad, CD, IRA)? No Sí

Detalles:

ORIGEN DE LA DEUDA

| | | |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Propietario \$ _____ | <input type="checkbox"/> Compañía de Gas \$ _____ | <input type="checkbox"/> Electricidad \$ _____ |
| <input type="checkbox"/> Teléfono \$ _____ | <input type="checkbox"/> Manutención de Menores \$ _____ | <input type="checkbox"/> IRS \$ _____ |
| <input type="checkbox"/> Automóvil (Préstamo/Multa) \$ _____ | <input type="checkbox"/> Préstamos Estudiantiles \$ _____ | <input type="checkbox"/> Tarjetas de Crédito \$ _____ |
| <input type="checkbox"/> Almacenamiento \$ _____ | <input type="checkbox"/> Otro \$ _____ | |
| Total \$ _____ | | |

ACTUALMENTE POSEO

| | |
|--------------------------------------|--|
| Tarjeta de Seguro Social | <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> Necesita Obtenerse |
| Certificado de Nacimiento | <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> Necesita Obtenerse |
| Identificación Estatal | <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> Necesita Obtenerse |
| Green Card/Permiso de Trabajo | <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> Necesita Obtenerse |

KCS USO INTERNO

Por favor marque todas las opciones que correspondan:

- El miembro necesita ayuda para obtener la documentación requerida para asegurar vivienda, incluyendo defensa de beneficios.
- El miembro necesita ayuda en la búsqueda y aseguramiento de vivienda, incluyendo la completación de solicitudes y documentación requerida, así como recursos para cubrir los costos de mudanza.
- El miembro se beneficiaría de educación, compromiso y comunicación con los propietarios de vivienda en nombre del miembro.
- El miembro necesita ayuda con solicitudes de adaptaciones razonables y necesarias para accesibilidad.
- El miembro se beneficiaría de asistencia para asegurar recursos disponibles que ayuden a subsidiar el costo del alquiler.

Barreras para la Vivienda

Revise la lista de barreras con el cliente y utilice esta información para guiar el resto de la discusión.

- No historial de alquiler
- Desalojo(s) ___
- Familia numerosa (3+ hijos)
- Hogar monoparental
- Jefe de hogar menor de 18 años
- Historial laboral esporádico
- Sin diploma de escuela secundaria/ GED
- Ingresos insuficientes/sin ingresos
- Ahorros insuficientes
- Sin historial crediticio o historial crediticio deficiente
- Deudas
- Historial de falta de vivienda repetido o crónico
- Historial reciente de abuso de sustancias o consume active de drogas o alcohol
- Historial criminal reciente
- Adulto o niño con problemas de comportamiento leves o graves
- Historial de abuso y/o violencia doméstica pero el abusador no está en la unidad
- Abuso y/o violencia doméstica reciente o actual (cliente huyendo del abusador)

Próximos pasos: Desarrollar un plan de apoyo para la vivienda que incluya servicios de prevención e intervención temprana cuando la vivienda esté en riesgo.

FORMULARIO 1C: PLAN DE APOYO INDIVIDUALIZADO PARA LA VIVIENDA

| | | | |
|---------------------------------|---------------------------------|---|--|
| Nombre del Cliente | | Fecha del Servicio (debe tener tres encuentros dentro de los 30 días) | |
| Administrador de Caso | Fecha de Nacimiento del Cliente | Fecha de Creación del Plan | |
| Numero de Autorización Aprobado | | Medi-Cal # CIN (9 dígitos/letras) | |
| Numero de Teléfono | | Idioma Preferido | |

SELLECCIONA UNO

| | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Navegación de Vivienda | <input type="checkbox"/> Tenencia de Vivienda |
| <input type="checkbox"/> Depósitos de Vivienda Saldo Restante (Si Corresponde) \$_____ | |

EVALUACIÓN DE VIVIENDA

| | | | |
|---|--|---|-----------------------------------|
| Razones de inestabilidad de vivienda (marque la casilla correspondiente) | <input type="checkbox"/> Pérdida de Empleo, Reducción de Ingresos, Impacto de Gastos | <input type="checkbox"/> Asequibilidad del Alquiler | <input type="checkbox"/> Desalojo |
| | <input type="checkbox"/> Necesidades de Reparación/Mantenimiento | <input type="checkbox"/> Acoso/Discriminación por Parte del Propietario | |
| | <input type="checkbox"/> Adaptación Razonable | <input type="checkbox"/> Desalojo Ilegal | |
| | <input type="checkbox"/> Alquiler/Aumento/Cobro Excesivo de Alquiler | <input type="checkbox"/> Traslado/Mudanza | |

| Metas | Estrategias/Pasos para Alcanzar Las Metas | Fecha Objetivo | Fecha de Logro | Persona Responsable (Cliente/ Personal) |
|-------|---|----------------|----------------|---|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

EVALUACIÓN FINANCIERA

| | |
|---|---|
| Ingreso Mensual Total \$_____ | Fuentes de Ingresos (enumerar todas) |
| ¿Se ha creado un plan de presupuesto? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Si es sí, indicar fecha: _____ Si es no, desarrollar un plan de presupuesto |
| ¿Cuándo se verificaron por última vez los créditos? _____ | |
| <ul style="list-style-type: none"> Solicitar y revisar el informe de crédito. Trabajar con el administrador de casos para contractar a los acreedores y desarrollar planes de pago para las facturas vencidas. (Obtener cartas de los acreedores que indiquen los planes de pago.) Annualcreditreport.com -> sitio oficial para obtener un informe de crédito anual gratuito cada 12 meses de cada compañía de informes de crédito. Tenga cuidado con los sitios web falsos. | |

ELEMENTOS DE SEGUIMIENTO DE NECESARIOS (Ejemplos podrían ser cartas de arrendamiento/hipoteca, cartas de premios, facturas, pagos):

REFERENCIAS COMO:

- Asistencia Alimentaria
- Asistencia para Ropa
- Gestión de Deudas/Asesoramiento Presupuestario
- Asistencia de Alquiler
- Asistencia para Servicios Públicos/Energía
- Mantenimiento o Reparaciones
- Asistencia Legal
- Otros

AUTORIZACION DE HIPAA / FORMA DE LIBERACION

Es de mi conocimiento que el congreso aprobó una ley titulada Health Insurance Portability and Accountability Act ("HIPAA") que limita la divulgación de mi información médica protegida. Esta autorización está siendo firmada porque es crucial que mis proveedores médicos proporcionen fácilmente mi información médica protegida a las personas designadas en esta autorización para poder tener la ventaja de poder discutir y obtener consejos de mi familia y/o amigos. Por lo tanto, de acuerdo con el artículo 45 CFR 164.501(a)(1)(iv) una entidad cubierta (siendo proveedor de salud definido por HIPAA) se permite divulgar la información protegida de salud de acuerdo y cumpliendo con esta autorización válida bajo el artículo 45 CFR Sec. 164.508.

Yo _____ (su nombre), por la presente doy autorización a todas las entidades cubiertas definidas en HIPAA incluyendo, pero no limitado al doctor (es decir, médico, podólogo, quiropráctico u osteópata) psiquiatra, psicólogo, dentista, terapeuta, enfermero, hospitales, clínicas, farmacia, laboratorio, servicio de ambulancia, centro de vida asistida, centro de atención residencial, hogar de ancianos, compañía de seguros médicos o cualquier otro proveedor de atención médica o afiliado, para revelar la siguiente información:

Toda la información relativa al cuidado de salud, reportes y/o registros relativos a mi historial médico, condición, diagnóstico, Pruebas, pronóstico, tratamiento, información de facturación e identidad de los proveedores de atención médica, ya sean pasados, presentes o futuros y cualquier otra información relacionada de alguna manera con mi atención médica. Además, esta divulgación incluirá la capacidad de hacer preguntas y discutir esta información médica protegida con la persona o entidad que posee la información médica protegida, incluso si soy plenamente competente para hacer preguntas y discutir este asunto en este momento. Es mi intención dar una autorización completa a CUALQUIER información médica protegida a las personas nombradas en esta autorización.

- Autorizo la divulgación de información, incluyendo el diagnóstico, los registros, el examen que se me hizo y la información sobre reclamaciones. Esta información puede ser revelada a:

| | |
|--------|----------|
| Nombre | Relación |

- No debe divulgar información a nadie

COMPLETA LO SIGUIENTE INDICANDO LOS ELEMENTOS QUE DESEAS DIVULGAR.

- | | | | |
|---|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Toda la información médica | <input type="checkbox"/> Alergias | <input type="checkbox"/> Informes de Pruebas Diagnósticas | <input type="checkbox"/> Otro |
| <input type="checkbox"/> Historial/Examen Físico | <input type="checkbox"/> Informes de Operaciones | <input type="checkbox"/> Informes de EKG/Cardiología | <input type="checkbox"/> Registros de Salud Mental |
| <input type="checkbox"/> Medicamentos Pasados/Presentes | <input type="checkbox"/> Informes de Consultas | <input type="checkbox"/> Informes de Patología | <input type="checkbox"/> Registros de Abuso Substancias |
| <input type="checkbox"/> Resultados de Laboratorio | <input type="checkbox"/> Notas de Progreso | <input type="checkbox"/> Información de Fracturación | <input type="checkbox"/> Informaciones e Imágenes de Radiología |
| <input type="checkbox"/> Ordenes de Médico | <input type="checkbox"/> Resumen de Alta | <input type="checkbox"/> Resultados/Tratamiento de VIH/SIDA | |

Esta autorización se extinguirá en la primera de las siguientes circunstancias: (1) dos años después de mi fallecimiento o (2) tras la revocación escrita recibida por la entidad cubierta. Una copia o facsímil de esta autorización original será aceptada como si fuera un documento original. Por la presente, libero a cualquier entidad cubierta que actúe confiando en esta autorización de cualquier responsabilidad que pudiera surgir por la divulgación de mi información médica protegida y por cualquier acción tomada por las personas autorizadas.

Firma del Paciente _____

Fecha _____

KCS AUTORIZACIÓN PARA LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN

Autorizo y ordeno a cualquier agencia federal, estatal o local, organización, negocio o individual a que divulgue Korean Community Services, Inc. (DBA: KCS) cualquier información o material necesario para completar y verificar mi solicitud de asistencia para vivienda y/o mantener mi ocupación continua de la vivienda proporcionada por medio del Programa de Navegación de Vivienda de KCS.

Entiendo y acepto que esta autorización o la información con su uso puede ser entregada y utilizada por KCS para administrar y hacer cumplir las reglas y políticas del programa.

Entiendo que. Según las políticas y requisitos del programa, se puede solicitar información previa o actual sobre mí o mi hogar, esto incluye, pero no se limita a:

| | | |
|---------------------------|-------------------------------------|---------------------------------|
| Identidad y Estados Civil | Residencias y Actividad de Alquiler | Ingresos |
| Beneficios Médicos | Subsidios para Cuidado Infantil | Actividad Crediticia y Criminal |

Entiendo que esta autorización no puede ser utilizada para obtener información sobre mí que no sea pertinente para mi elegibilidad y participación continua en un programa de asistencia para vivienda

Los grupos o individuos que pueden ser solicitados para divulgar información (según los requisitos del programa) incluyen, pero no se limitan a:

| | | |
|--|------------------------------------|---------------------------------------|
| Arrendadores Anteriores | Administración de Veteranos | Administración del Seguro Social |
| Jubilación/Pension | FSSA | Departamentos de Servicios para Niños |
| Empresas de Servicios Públicos | Agencia de Vivienda Publica | Agencia de Aplicación de la Ley |
| Escuelas e Universidades | Burós de Crédito e Instituciones | Empleadores |
| Proveedores de Mantenimiento y Pensión | Instituciones Financieras (Bancos) | Proveedores de Servicios Médicos |
| Proveedores de Cuidado Infantil | Tribunales | CA EDD |

Entiendo y acepto que KCS puede llevar a cabo programas de comparación de datos informáticos para verificar la información proporcionada en mi solicitud o recertificación.

Si se realiza una comparación de datos informáticos, entiendo que tengo derecho a intercambiar dicha información con otras agencias federales, estatales o locales, incluyendo, pero no limitado a, las agencias estatales de seguridad en el empleo; Departamento de Defensa; Oficina de Administración de Personal; Servicio Postal de EE.UU; Administración del Seguro Social; Agencias Estatales de Bienestar; Agencias de Cupones de Alimentos (SNAP); Administración del Servicios Familiares y Sociales (FSSA); y Departamento de Servicios para Niños.

Acepto que se pueda utilizar una fotocopia de esta autorización para los fines mencionados anteriormente. Esta autorización estará en vigencia mientras siga siendo solicitante/participante/residente en cualquier programa de vivienda administrado por KCS.

Entiendo que la negativa a firmar esta o cualquier formulario de consentimiento requerido puede resultar en la denegación de asistencia o la terminación de los beneficios de vivienda asistida. Reconozco, acepto y entiendo que, al escribir mi nombre en cualquier sección, esto constituye y será tratado como mi firma.

| | | | |
|-------------------|---------|---------|--------|
| | NOMBRE: | FIRMAS: | FECHA: |
| Jefe(a) de Hogar: | _____ | _____ | _____ |
| Miembro Adulto: | _____ | _____ | _____ |
| Miembro Adulto: | _____ | _____ | _____ |
| Miembro Adulto: | _____ | _____ | _____ |