



## Madison/Condado de Dane CoC FORMULARIO DE INTERÉS DE FAMILIA PARTICIPANTE

Este formulario debe llenarse dentro de los 7 a 10 días de la entrada al albergue o cuando el participante se encuentra en los primeros 30 de la lista de prioridad. Por favor envíe los formularios llenos al Gerente de Entrada Coordinada ([zach.stephen@icalliances.org](mailto:zach.stephen@icalliances.org)).

La fecha de hoy: \_\_\_\_\_ Número de teléfono: \_\_\_\_\_ Correo electrónico: \_\_\_\_\_

Asistente social actual: \_\_\_\_\_

Por favor llene la información debajo para todas las personas con las que usted desee vivir.

Nombre (Primer nombre, Inicial del Segundo Nombre, Apellido)	Fecha de Nacimiento	Género	Relación con el jefe del hogar
			Yo mismo

¿Tiene usted alguna mascota que vivirá con usted?  Si  No Si responde "si", por favor diga el

tipo: \_\_\_\_\_

Si usted tiene una mascota, ¿es esa mascota un animal de servicio o un animal de apoyo emocional? (Por favor circule la que corresponda)

¿Usted tiene o necesita de un cuidador que viva con usted?  Si  No

¿Hay alguna persona con la cual usted pueda vivir cerca?  Si  No De ser así, ¿quién?: \_\_\_\_\_

¿Qué clase de identificación actual posee usted?  ID con foto  Certificado de nacimiento

Tarjeta de Seguro Social

Otro: \_\_\_\_\_

¿Tiene usted los certificados de nacimiento y las tarjetas de seguro social de sus niños?  Si  No

Si responde no, ¿cuál necesita?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Persona alternativa de contacto (asistente social) Nombre: \_\_\_\_\_ Número de Teléfono: \_\_\_\_\_

Contacto de emergencia: Nombre: \_\_\_\_\_ Número de Teléfono: \_\_\_\_\_

Fuente de ingresos:

---

---

Cantidad mensual:

---

---

**\* Si el ingreso es del SSI, por favor consiga verificación. Los programas necesitarán verificación con fecha dentro de los 90 días de la entrada al programa.**

### Preferencias de vivienda

Por favor llene la tabla debajo para que podamos saber sus preferencias de vivienda y así poder encontrar la mejor vivienda que se ajuste a sus necesidades.

Sitio	Si	No	Tal vez
Centro / Central			
Este			
Oeste			
Norte			
Sur			
Comodidades	Si	No	Tal vez
En una línea de autobús			
Estacionamiento que no sea en la calle			
Lavandería en el sitio			
Espacio exterior para jugar			
Cerca de la biblioteca			
Unidad con facilidad de acceso			
Gerente de casos en el sitio			
Actividades comunitarias en el sitio			
Tamaño de la unidad	Si	No	Tal vez
1 recámara			
2 recámaras			
3 recámaras			
4 o más recámaras			

**Si alguien está pagando por su depósito de seguridad y su primer mes de alquiler, ¿puede usted pagar al alquiler después de eso? \_\_\_Si \_\_\_No**

**¿Hay alguna clase de alojamiento especial que alguien en su hogar necesite para la vivienda? \_\_\_Si \_\_\_No**  
Si responde "si", por favor explique: \_\_\_\_\_

**¿A qué escuela acuden sus niños?:** \_\_\_\_\_

**¿Está usted dispuesto a cambiar de escuela si encuentra vivienda en un vecindario diferente? \_\_\_Si \_\_\_No**

**¿Está usted actualmente inscrito en un programa de vivienda? De ser así, en cuál:** \_\_\_\_\_

**Por favor enumere cualquier programa de vivienda en los que ha participado en el pasado:** \_\_\_\_\_

Por favor enumere cualquier otra información que usted quiera que sepamos acerca de sus preferencias de vivienda.

---



---



---



---

### Barreras para vivienda

Algunos programas de vivienda requerirán que usted llene una solicitud con un propietario de viviendas privado. A medida que el programa trabaja con usted para localizar una vivienda, es de mucha utilidad saber si hay alguna barrera que pudiese surgir para la obtención de la vivienda.

Barrera	Si	No	Detalles
Insuficiente / No verificable / sin historial de alquiler			
Historial de desalojos (incluya las fechas)			
Registros de daños a la propiedad a departamentos anteriores			
Insuficiente / sin ingresos			
Debo dinero al dueño de la propiedad / debo dinero a las compañías de servicios públicos			
Si debe dinero al dueño de la propiedad o las compañías de servicios públicos, ¿tiene ya establecido un plan de pagos?			
Historial legal que pudiese afectar la capacidad de obtener vivienda			
Historial reciente de abuso de sustancias o uso activo de drogas o alcohol			
Historial de violencia doméstica (huyendo actualmente)			

### Preferencias de Servicios de Apoyo

Programas de vivienda a los cuales se tiene acceso a través de la Lista de Prioridad de Vivienda ofrecidos por el administrador de casos o servicios de apoyo a sus participantes. Una vez haya asegurado y se haya mudado a su vivienda, usted puede escoger los objetivos en los cuales desea trabajar. A continuación hay una lista de ideas para cosas en las cuales usted podría querer trabajar. Por favor marque las que le interesen. Usted puede cambiar de parecer en cualquier momento.

- |   |   |  |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Recursos para alimentos        | <input type="checkbox"/> Dental                                   | <input type="checkbox"/> Cuidado infantil              |
| <input type="checkbox"/> Recursos para ropa             | <input type="checkbox"/> Abuso de sustancias                      | <input type="checkbox"/> Conexiones en las escuelas    |
| <input type="checkbox"/> Recursos para vivienda/muebles | <input type="checkbox"/> Asistencia de transporte                 | <input type="checkbox"/> Preocupaciones legales        |
| <input type="checkbox"/> Inscripción en Food Share      | <input type="checkbox"/> Conectarse con el vecindario             | <input type="checkbox"/> Educación financiera          |
| <input type="checkbox"/> Seguro médico                  | <input type="checkbox"/> Ayuda para entender el correo / papeleos | <input type="checkbox"/> Abogar por educación especial |
| <input type="checkbox"/> Salud física                   | <input type="checkbox"/> Habilidades de comunicación              | <input type="checkbox"/> Comportamiento infantil       |
| <input type="checkbox"/> Salud física infantil          | <input type="checkbox"/> Empleo                                   | <input type="checkbox"/> Otro: _____                   |
| <input type="checkbox"/> Salud mental                   | <input type="checkbox"/> Educación                                | _____  |
| <input type="checkbox"/> Salud mental infantil          |   |  |

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

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

Por favor tenga en cuenta que trataremos de acomodar sus preferencias, pero las unidades disponibles podrían no cumplir con toda su lista de preferencias. Usted puede rechazar una oportunidad de vivienda y aún permanecer en la lista de prioridad.

**Documentos adjuntos:**

\_\_\_ Verificación de discapacidad

\_\_\_ Verificación de historial de falta de vivienda

\_\_\_ Verificación de ingresos o verificación de cero ingresos