APLICACIÓN DE ADMISIÓN PARA EL PROGRAMA DE ASISTENCIA DE VIVIENDA DE EMERGENCIA** (COVID-19 EHAP)

-Para uso de Agencia solamente-			
Application Number (HMIS Unique Identifier):			
Agency Name:		**Date Application Received:**	

1. PARA SER COMPLETADO POR EL SOLICITANTE: Cabeza de Hogar, o "HoH")

Apellido:	
Primer Nombre:	
Segundo Nombre:	
Dirección de Residencia:	
Ciudad:	
Estado:	
Zip:	
Dirección de Correspondencia:	
City:	
State:	
Código Postal:	
Teléfono de Casa:	
Teléfono durante el día:	
Teléfono Celular:	
Correo Electrónico:	
Género:	
Fecha de Nacimiento:	
Número de Seguro Social:	
Estado Civik:	
¿Este miembro del hogar figura como discapacitado? (Si/No)?	

***RAZA (Seleccione todas las que apliquen):**

- ☐ Indio Americano o Nativo de Alaska
- ☐ Nativo Hawaino u Otra Isla del Pacífico
- ☐ Negro o Afro-Americano
- ☐ Asiático` ☐ Otro Multiracial
- ☐ Blanco ☐ Se Niega a Responder

***GRUPO ÉTNICO:**

- ☐ Hispano o Latino ☐ Se Niega a Responder
- ☐ No-Hispano ni Latino

2. TIPO DE VIVIENDA/COSTO MENSUAL (Seleccione Uno): -Esta información está siendo recopilada para determiner su necesidad y la cantidad de asistencia financiera para la cual usted es elegible.

TIPO DE VIVIENDA PARA UNIDAD PRIMARIA:

☐ **Casa Propia** ☐ **Casa Rentada**

Número de Habitaciones:	
Pago Mensual:	

(Casa Propia: incluya Principal, Interés, Impuestos, Seguro)

(Casa Rentada: Cantidad total pagada mensualmente al arrendador)

Cantidad Atrasada:	
Número de meses vencidos:	

¿Vive en una propiedad propiedad o administrada por una autoridad de vivienda pública?	☐ Si ☐ No
¿Vives en una casa que compraste a Habitat for Humanity?	☐ Si ☐ No

3. FORMACIÓN DE CONTACTOS ALTERNATIVOS:

Esta información no es obligatoria, y está siendo recolectada para ayudarnos a contactarlo. You may also list a contact who is helping you through this process. Anyone listedas an alternate contact will be included in the release of information allowing the nonprofit agency to contact them regarding your case.

Nombre del Contacto (primario):	
Número de Teléfono:	
Dirección:	
Nombre del Contacto (secundario):	
Número de Teléfono:	
Dirección:	

Para fines de esta application - "Hispano o Latino" – es una persona Cubana, Mexicana, Puerto Riqueña, Sur o Centro Aemericana u otra cultura de origen Español, sin importer la raza. El término "Origen Español", Tambien puede ser usado.

* Esta información se recopila para garantizar el cumplimiento de los requisitos de informes demográficos.

**Los residentes de la autoridad de vivienda pública deben solicitar asistencia directamente a través de la autoridad de vivienda que posee o administra su unidad.

Los propietarios de viviendas de Hábitat para la Humanidad deben solicitar asistencia a través del afiliado de Hábitat para la Humanidad donde compraron su casa.

4. MIEMBROS ADICIONALES DEL HOGAR– Al día de hoy, enumere a la persona cabeza de hogar y todos los demás miembros del hogar. Indique la relación de cada miembro de la familia con la persona cabeza de hogar (esposo (a), hermano (a), etc). Además, indique si hay miembros adicionales en el future cercano al hogar. Omita esta páagina si el hogar es de una sola persona.

NOTA: Para recibir asisencia TODOS LOS MIEMBROS deben demostrar y certificar su residencia legal.

Complete para cada miembro del hogar. Use copias adicionales de esta página si es necesario.

CO-SOLICITANTE (si aplica)	
Apellido:	
Primer Nombre:	
Segundo Nombre:	
Teléfono Preferido:	
Correo Electrónico:	
¿Este miembro del hogar figura como discapacitado? (Si/No)?	
Fecha de Nacimiento:	
Número de Seguro Social:	
Estado Civil:	
Género:	
***RAZA (Seleccione todas las que apliquen):**	
☐ Indio Americano o Nativo de Alaska	
☐ Nativo Hawaino u Otra Isla del Pacífico	
☐ Negro o Afro-Americano	
☐ Asiático	☐ Otro Multiracial
☐ Blanco	☐ Se Niega a Responder
***GRUPO ÉTNICO:**	
☐ Hispano o Latino	☐ No-Hispano ni Latino

MIEMBRO ADICIONAL DEL HOGAR 1	
Nombre:	
Relación con el Jefe de Hogar:	
Género:	
Fecha de Nacimiento:	
Número de Seguro Social:	
Estado Civil:	
¿Este miembro del hogar figura como discapacitado? (Si/No)?	
***RAZA (Seleccione todas las que apliquen):**	
☐ Indio Americano o Nativo de Alaska	
☐ Nativo Hawaino u Otra Isla del Pacífico	
☐ Negro o Afro-Americano	
☐ Asiático	☐ Otro Multiracial
☐ Blanco	☐ Se Niega a Responder
***GRUPO ÉTNICO:**	
☐ Hispano o Latino	☐ No-Hispano ni Latino

MIEMBRO ADICIONAL DEL HOGAR 2	
Nombre:	
Relación con el Jefe de Hogar:	
Género:	
Fecha de Nacimiento:	
Número de Seguro Social:	
¿Este miembro del hogar figura como discapacitado? (Si/No)?	
Estado Civil:	
***RAZA (Seleccione todas las que apliquen):**	
☐ Indio Americano o Nativo de Alaska	
☐ Nativo Hawaino u Otra Isla del Pacífico	
☐ Negro o Afro-Americano	
☐ Asiático	☐ Otro Multiracial
☐ Blanco	☐ Se Niega a Responder
***GRUPO ÉTNICO:**	
☐ Hispano o Latino	☐ No-Hispano ni Latino

MIEMBRO ADICIONAL DEL HOGAR 3	
Nombre:	
Relación con el Jefe de Hogar:	
Género:	
Fecha de Nacimiento:	
Número de Seguro Social:	
Estado Civil:	
¿Este miembro del hogar figura como discapacitado? (Si/No)?	
***RAZA (Seleccione todas las que apliquen):**	
☐ Indio Americano o Nativo de Alaska	
☐ Nativo Hawaino u Otra Isla del Pacífico	
☐ Negro o Afro-Americano	
☐ Asiático	☐ Otro Multiracial
☐ Blanco	☐ Se Niega a Responder
***GRUPO ÉTNICO:**	
☐ Hispano o Latino	☐ No-Hispano ni Latino

Para fines de esta application - "Hispano o Latino" – es una persona Cubana, Mexicana, Puerto Riqueña, Sur o Centro Aemericana u otra cultura de origen Español, sin importer la raza. El término "Origen Español", Tambien puede ser usado.

* Esta información se recopila para garantizar el cumplimiento de los requisitos de informes demográficos.

5. INFORMACIÓN DE ELEGIBILIDAD: ***Tenga en cuenta que los destinatarios de vales de vivienda u otra asistencia de alquiler basada en ingresos no son elegibles.***	
i. ¿Atestigua que sufrió una pérdida de ingresos o que no puede trabajar como resultado directo o indirecto de COVID-19?	☐ Si ☐ No
ii. ¿Atestigua que no tiene los recursos financieros para hacer pagos de alquiler o hipoteca sin dejar que no pueda realizar las compras necesarias de bienes y servicios como alimentos?	☐ Si ☐ No
iii. ¿La unidad para la que solicita asistencia con el pago es su residencia principal?	☐ Si ☐ No

6. OTRA ASISTENCIA RECIBIDA: La asistencia brindada bajo el Programa de Asistencia de Vivienda de Emergencia para hogares económicamente afectados por COVID-19 no puede exceder las necesidades mensuales de costos de vivienda insatisfechos de un hogar. Enumere todas las otras fuentes de asistencia financiera o de vivienda recibidas (fuentes locales, estatales, federales y privadas).		
¿Alguien en su hogar ha solicitado o recibido asistencia relacionada con el Coronavirus de alguna fuente (local, estatal, federal, privada) que no sea el programa para el que sirve esta solicitud? En caso afirmativo, continúe con esta sección. En caso negativo, pase a la sección 7: Información de Ingresos.		☐ Si ☐ No
B. OTRA (e.g. Ciudad, Condado, Organización sin Ánimo de lucro, Iglesia)		
i. ¿Recibió alguna otra asistencia financiera para los costos de vivienda debido a COVID-19?		☐ Si ☐ No
ii. En caso afirmativo, enumere los proveedores (por ejemplo, el programa de vivienda de emergencia de la Ciudad, la Cruz Roja, United Way, etc.) individualmente a continuación, y la cantidad recibida de cada uno.	Total Recibido de Otros proveedores:	

7. INFORMACIÓN DE INGRESOS (para el mes anterior al mes en que se solicita asistencia):

Los ingresos incluyen: salarios, salarios e ingresos temporales, TANF, Seguridad Social, otros beneficios incluyendo seguro de desempleo y otros ingresos para todos los miembros del hogar mayores de 18 años. Enumere TODOS los miembros del hogar y sus ingresos. **Completa A en detalle.**

Las fuentes de ingresos pueden incluir: Ingresos ganados / de empleo (salarios), Seguro de desempleo **, Ingreso de seguridad suplementario (SSI), Ingreso por discapacidad del Seguro Social (SSDI), Pensión por discapacidad no relacionada con el servicio para veteranos, Seguro por discapacidad privado, Compensación laboral, Temporal Asistencia para familias necesitadas (TANF), Asistencia general (GA), Ingresos de jubilación del Seguro Social, Ingresos de pensión o jubilación de un trabajo anterior, Manutención de niños, Pensión alimenticia / Otro apoyo conyugal, Ingresos de alquiler de bienes inmuebles y otras fuentes no mencionadas aquí.

ESTAMPILLAS DE COMIDA (SNAP) NO SON CONSIDERADAS COMO INGRESOS- do coloque estampillas de comida.

A. Fuentes de Ingresos (por miembro del hogar):

Nombre	Fuente de ingresos ganados/ empleo (incluya el nombre del empleador) Si aplica	Tarifa de Pago	Base de pago (por hora, seminal, mensual, etc)

*** Nota: un reclamo presentado para el seguro de desempleo no es un requisito de esta solicitud, pero si usted o un miembro de su hogar son potencialmente elegibles para los beneficios del seguro de desempleo, la agencia sin fines de lucro lo alentará y lo ayudará a presentar una solicitud antes de proporcionar asistencia para la vivienda.*

8. INFORMACIÓN DE ACTIVOS: Proporcione la información solicitada sobre cualquier activo que pueda tener y confirme su exactitud.

A. **Propiedad Inmobiliaria** (Incluya la residencia principal si la tiene).

1. ¿Es dueño de alguna propiedad inmobiliaria? (Marque No si no hay ninguno y continúe con 8.B.)	☐ Si ☐ No
En caso afirmativo, proporcione la dirección, la ciudad y el estado de las propiedades y el valor actual:	
2. ¿Tiene una hipoteca sobre la vivienda para la cual solicita asistencia?	☐ Si ☐ No
En caso afirmativo, ¿cuál es el saldo actual adeudado en la hipoteca?	

B. ¿Tiene activos (definidos a continuación) valorados en $ 5,000 o más? (Marque No si no hay ninguno y continúe con la sección 9.) ☐ Si ☐ No

En caso afirmativo, enumere los tipos y las fuentes de los activos del hogar (que no sean bienes inmuebles informados en el punto A anterior). Proporcione tanto el valor actual en efectivo como el ingreso anual estimado del activo. (por ejemplo, cuenta corriente, cuenta de ahorros, pensión, cuenta del mercado monetario. Los activos no incluyen artículos propios, sino que no generan ingresos, como automóviles).

Nombre	Tipo y Fuente de Activos	Valor en Efectivo del Activo	Ingreso Annual del Activo
	Totales	0	0

9. CERTIFICACIÓN DEL SOLICITANTE

Yo/Nosotros entendemos que la información proporcionada anteriormente se recopila para determinar si soy/somos/elegibles para recibir asistencia bajo el Programa de Asistencia de Vivienda de Emergencia de Colorado para hogares afectados económicamente por COVID-19.
Por la presente certifico/certifico que toda la información aquí proporcionada es verdadera y correcta, según mi leal saber y entender.
Yo/Nosotros entendemos que proporcionar declaraciones o información falsas es motivo para la terminación de la asistencia de vivienda y es punible según la ley federal. Autorizo/autorizamos al Estado, a la agencia sin fines de lucro mencionada anteriormente y a cualquiera de sus representantes debidamente autorizados a verificar toda la información provista en esta solicitud.
Yo/Nosotros entendemos que es probable que se requiera información adicional para avanzar con este programa.
Yo/Nosotros entendemos que yo/nosotros podemos ser responsables de pagar/devolver cualquier beneficio duplicado recibido en concierto con este programa o con cualquier otra asistencia recibida a continuación.
Yo/Nosotros atestiguamos que Yo/Nosotros (1) sufrimos una pérdida de ingresos o soy/no puedo trabajar como resultado directo o indirecto de COVID-19, y (2) no tengo los recursos financieros para hacer pagos de alquiler o hipoteca sin dejarme/nosotros incapaces de realizar las compras necesarias de bienes y servicios como alimentos.
Al firmar esta solicitud a continuación, yo/nosotros certificamos que yo/nosotros entendemos y estamos de acuerdo en que yo/nosotros podemos ser responsables de pagar cualquier otro beneficio que se determine que es duplicado de la asistencia recibida de este programa.

Nombre escrito del solicitante:	**Fecha:**
Nombre escrito del co-solicitante:	**Fecha:**

Aviso: Debido a la naturaleza de este program, y para evitar contactos innecesarios adicionales, un nombre escrito en este formulario constituirá el equivalente legal de su firma a los fines de esta solicitud. Se debe incluir un correo electrónico que autorice esta solicitud por escrito.

Advertencia:
El Título 18, Sección 1001 del Código de los Estados Unidos, establece que una persona es culpable de un delito grave por hacer declaraciones falsas o fraudulentas a cualquier departamento del Gobierno de los Estados Unidos.

10. LIBERACIÓN DE ELEGIBILIDAD: Se require que firme este formulario, que permite a la agencia sin fines de lucro, estado o proveedor solicitar información de terceros sobre su elegibilidad y participación en este programa.	
Nombre del Solicitante:	
Dirección del Solicitante:	
Información puede incluir: se pueden realizar consultas sobre artículos que incluyen ingrsos (todas las fuentes, incluidos ingreos dependientes) Activos (todas las fuientes), manutención de los hijos, monto de alquiler.	
Instruccciones para el solicitante: Su firma en este comunicado de elegibilidad, y las firmas de cada miembro de su hogar que tenga 18 años de edad o más, autoriza al estado o cualquiera de sus representantes debidamente autorizados a obtener información de un tercero con respect a su elegibilidad y participación continua en el programa de asistenica de Vivienda de emergencia por el Coronavirus. Cada miembro adulto del hogar debe firmar esta autorización de elegibilidad.	
Declaración de aviso de la Ley de Privacidad: La agencia sin fines de lucro requiere la recopilación de la información que figura en este formulario para determinar la elegibilidad de un solicitante para el Programa. Esta información se utilizará para establecer el nivel de beneficios para el cual el solicitante es elegible y para verificar la exactitude de la información proporcionada. La información recibida de un solicitante o como resultado de verificar la elegibilidad de un solicitante puede divulgarse a las agencias federales, estatales y locales apropiadaso, cuando corresponda, a investigadores civiles, penales o reguladores, y a fiscales. Si no proporciona ninguna información, puede demorar o rechazar su aprobación de elegibilidad. El subreceptor está autorizado para solicitar esta información bajo la Ley Nacional de Vivienda Asequible de 1990.	
NOTA: ESTE CONSENTIMIENTO GENERAL NO PUEDE SER USADO PARA SOLICITAR UNA COPIA DE UNA DEVOLUCIÓN DE IMPUESTOS. Si se necesita una copia de una declaración de impuestos, el formulario del IRS 4506 “Solicitud de una copia del formulario de impuestos” debes prepararse y firmarse por separado.	

Autorización del Solicitante:

Yo autorizo a la agencia, estado o proveedor sin fines de lucro mencionado anteriormente a obtener información sobre mí y mi hogar que sea pertinente para determinar mi elegibilidad en el Programa. Yo reconozco que:

(1) Una fotocopia de este formulario es tan válida como la original; Y
(2) Mi nombre impreso actuará en lugar de una firma escrita para los própositos de este formulario; Y
(3) Tengo derecho a revisar la información recibida usando este formulario; Y
(4) Tengo derecho a una copia de la información proporcionada al Subrecipiente y a solicitar la corrección de cualquier información que considere inexacta; Y
(5) Todos los miembros adultos del hogar firmarán este formulario y cooperarán con el Subrecipiente en el proceso de verificación de elegibilidad.

Advertencia: El Título 18, Sección 1001 del Código de los Estados Unidos, establece que una persona es culpable de un delito grave por hacer declaraciones falsas o fraudulentas a cualquier departamento del Gobierno de los Estados Unidos.

Firmas:	
Nombre impreso- Cabeza de Hogar	*Fecha*
Nombre impreso- Otro Miembro del Hogar	*Fecha*
Nombre impreso- Otro Miembro del Hogar	*Fecha*
Nombre impreso- Otro Miembro del Hogar	*Fecha*
Nombre impreso- Otro Miembro del Hogar	*Fecha*

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

Este aviso explica cómo se puede compartir y usar su información. También le indica quién puede acceder a su información. Léalo detenidamente y realice cualquier pregunta que tenga.

¿Qué es COHMIS?

El Sistema de Administración de Información para Personas sin Hogar de Colorado (COHMIS, por sus siglas en inglés) es un sistema de datos que almacena información sobre los servicios para personas sin hogar. El nombre del software que almacena estos datos se llama *Clarity Human Services*. El propósito de COHMIS es mejorar la coordinación de los servicios que apoyan a las personas sin hogar o en riesgo de quedarse sin hogar. Para garantizar y navegar mejor esta coordinación, los datos se comparten por todo el estado entre los tres cuerpos de la Constancia de Cuidado (*Continuum of Care*, CoC): MDHI (Región Metropolitana de Denver), *Pikes Peak* (Condado de El Paso) y *Balance of State* (condados restantes). Las agencias activas que participan en COHMIS están listadas en www.coloradohmis.org.

¿Cuál es el propósito de este formulario?

Con este formulario, puede otorgar permiso para que la información sobre usted sea recopilada y compartida con las agencias asociadas que ayudan a proporcionar viviendas y servicios. Las agencias asociadas deben proteger la privacidad de su información de identificación.

Usted tiene derechos con respecto a su información:

- Tiene derecho a preguntar sobre quién ha visto su información.
- Tiene derecho a ver su información en cualquier momento y cambiarla si no está correcta.
- Tiene derecho a cambiar su autorización con respecto al uso de sus datos.
- Tiene derecho a presentar una queja si cree que su información ha sido mal utilizada. El formulario de reclamos se puede solicitar en cualquier momento a cualquier agencia participante de COHMIS.
- Tiene derecho a rechazar la información y al mismo tiempo conservar los derechos de acceso a los servicios.

La información que se recopilará y compartirá puede incluir:

- Nombre, fecha de nacimiento, género, raza, origen étnico, número de seguro social, número de teléfono, dirección
- Información básica médica, de salud mental y de uso de sustancias, e información sobre su vida diaria
- Información de cumplimiento con requisitos para viviendas y programas
- Uso de servicios de crisis, servicios de veteranos, hospitales y cárceles
- Información de empleo, ingresos, seguros y beneficios
- Servicios prestados por agencias asociadas
- Resultados de las evaluaciones
- Fotografía u otra semejanza (si se incluye)

Al firmar este formulario:

- Autorizo a CoC y a *Clarity Human Services* a compartir la información de COHMIS con las agencias asociadas, y la información compartida de COHMIS se utilizará para coordinar los servicios. También se utilizará para ayudar a evaluar la calidad de los programas comunitarios.
- Entiendo que las agencias asociadas pueden cambiar con el tiempo y siempre son responsables de mantener la privacidad de mi información usando los mejores esfuerzos razonables de normas de privacidad.
- Entiendo que las agencias deben cumplir con las leyes federales y de Colorado con respecto a mi información protegida.
- Puedo revocar este consentimiento en cualquier momento al entregar una revocación completa del formulario de consentimiento, disponible a solicitud, al personal de la agencia.
- Puedo recibir una copia de este formulario de consentimiento.
- Entiendo que este consentimiento caducará 7 años después de mi última actividad registrada en COHMIS.

Nombre del cliente o tutor legal en letra de molde: _____

Nombres impresos de niños menores adicionales cubiertos por esta versión:

Firma del cliente o representante: **Fecha:** _____

Firma del testigo de la agencia: **Fecha:** _____

NOTA: envíe este formulario por correo electrónico junto con su consentimiento por escrito. Su correo electrónico actuará como su firma electrónica. Si tu no puede enviar el formulario por correo electrónico, puede firmar a continuación o dar su consentimiento verbalmente.

_____ *Iniciales del cliente si rechaza el consentimiento*

Lista de Verificación del Solicitante

Proporcione la información que se detalla a continuación para asegurar que su solicitud se procesará de manera acelerada. Se pueden requerir documentos adicionales según el caso.

☐ Aplicación de admission del Programa de Asistencia de Vivienda de Emergencia completa;

☐ Formulario de Autorización de Elegibilidad debidamente completado;

☐ Cartas de adjudicación (se permiten copias de cheques) de otras agencias que le brindaron asistencia financiera para los costos de Vivienda en respuesta al Coronavirus;

☐ Prueba de propiedad (si es una casa propia) (por ejemplo, estado de cuenta actual de la hipoteca a nombre del solicitante)
O
Prueba de alquiler de Vivienda (por ejemplo, copia del contrato de arrendamiento firmado por el inquilino y el propietario/administrador de la propiedad)

☐ Copia de la identificación (ver la lista de documentos aceptables a continuación) para el solicitante y, cuando el solicitante difiere del arrendatario / titular de la hipoteca, la identidad del miembro del hogar nombrado en el contrato de arrendamiento o hipoteca también debe documentarse;

☐ Documentación de la denegación de solicitud de indulgencia de hipoteca (propietarios);

☐ Proporcionar prueba de ingresos para las personas que viven en la propiedad y que son mayores de 18 años; Ejemplos incluyen:

- ☐ Último mes de talones de cheques de pago de los meses anteriores al mes para el cual solicita asistencia;
- ☐ Último mes (s) de informes contables para empleo en conciertos (por ejemplo, declaración de ingresos de Uber / Lyft) para los meses anteriores al mes para el que solicita asistencia;
- ☐ Copia actual de la declaración de seguridad social / carta de adjudicación;
- ☐ Copia actual de los estados de cuenta de jubilación / pensión (si está retirado y se retira activamente de las cuentas); y
- ☐ Copia actual de la declaración de desempleo (o carta de negación).

Es posible que algunos de los documentos enumerados anteriormente no se apliquen a su situación.

Identificación: los administradores del programa deben confirmar la identidad del solicitante al exigirle que presente:

1. una licencia de conducir válida de Colorado o una tarjeta de identificación de Colorado, emitida de conformidad con el Artículo 2 del Título 42 CRS; o
2. una tarjeta de identificación de un militar estadounidense o de un dependiente militar; o
3. una tarjeta de la Marina Mercante de la Guardia Costera de EE. UU.; o
4. un documento tribal nativo americano; o
5. un documento emitido por cualquier instrumento del gobierno (estadounidense o extranjero); o
6. un documento emitido por una institución educativa (estadounidense o extranjera).