

## **Aplicación de Asistencia Financiera para Alquiler y Utilidades**

**Solo residentes del Condado de Orange para renta y utilidades**

**Los residentes del Condado de Seminole solamente aplicar para Duke**

Gracias por comunicarse con el Centro de Servicio Cristiano con su solicitud de asistencia de renta y/o asistencia de Utilidades. Lea atentamente los siguientes requisitos y complete toda la información de manera completa y precisa. Un administrador de casos revisará su solicitud una vez que se proporcione toda la documentación. Debido al gran volumen de solicitudes de asistencia, **espere hasta 10 días hábiles para recibir una respuesta.**

### **Próximo paso 1 – Quilificaciones**

#### **Asistencias de renta:**

- Eres residente de condado de Orange
- Tienes fuente de ingresos
- Si sus gastos mensuales son menos que sus ingresos mensuales
- No debe más de un mes de alquiler.
- Documentación de gastos inesperados dentro de los últimos 45 días (por ejemplo, factura médica, reparación de automóviles, salarios perdidos)
- Ya están en proceso de ser desalojados a través de los tribunales
- No ha recibido asistencia financiera de una agencia en los últimos 12 meses
- El dueño está dispuesto recibir pago de otra entidad que ofrecer ayuda

#### **Asistencias de utilidades:**

- Eres residente de Condado de Orange o Seminole
  - Documentación de gastos inesperados dentro de los últimos 45 días (por ejemplo, factura médica, reparación de automóviles, salarios perdidos)
  - No ha recibido asistencia financiera de una agencia en los últimos 12 meses
  - Ya están en proceso de ser desalojados a través de los tribunales
- \*\* Favor tenga en cuenta\*\***
- Solo podemos ayudar con los cargos mensuales actuales
  - No podemos pagar un plan de pago

Por favor, comprenda que proporcionar la documentación solicitada no garantiza la aprobación de la asistencia. Si es aprobado, puede ser elegible para recibir hasta \$1,000 en asistencia de alquiler y/o hasta \$650 en asistencia de servicios públicos. Si debe más de esta cantidad, debe poder pagar el saldo restante. La asistencia financiera solo se puede proporcionar una vez cada 12 meses.

**El Centro de Servicio Cristiano solo puede revisar un número limitado de solicitudes por mes. Una vez que alcancemos el número máximo de solicitudes, dejaremos de aceptar temporalmente nuevas solicitudes hasta el mes siguiente.**

**Si cumple con todos los requisitos enumerados anteriormente, continúe con el Paso 2**

## Próximo paso 2 - Documentos requerido

Lista de documentos requeridos
<input type="checkbox"/> <b>Completar Solicitud (páginas 3-5)</b>
<input type="checkbox"/> <b>Firma y fecha "Permiso de Divulgar información" (Página 6)</b>
<input type="checkbox"/> <b>Completar la "Hoja de trabajo del presupuesto mensual" (página 7)</b>
<input type="checkbox"/> <b>Gastos inesperados y/o pérdida de ingresos en los últimos 45 días</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• Algunos ejemplos pueden incluir recibos de facturas médicas, reparación de automóviles, verificación de pérdida de empleo, reducción temporal de horas o licencia médica no remunerada a corto plazo.</li></ul>
<input type="checkbox"/> <b>Arrendamiento completo</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• Firmado por el inquilino y el propietario</li><li>• Contrato de arrendamiento actual, no puede ser expirado</li></ul>
<input type="checkbox"/> <b>Aviso de desalojo de tres días * Si corresponde*</b>
<input type="checkbox"/> <b>Verificación de ingresos para todos los adultos en el hogar</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• Últimas cuatro semanas de talonarios de pago</li><li>• Carta de contratación en papel membretado de la empresa que incluya tasa de remuneración, número de horas por semana, fecha de inicio, y información de contacto del empleador</li><li>• Manutención de los hijos/pensión alimenticia</li><li>• SSI/SSDI</li><li>• Desempleo</li><li>• Beneficios de Veteranos</li><li>• Beneficios de cupones de alimento (SNAP)</li><li>• TANF – Asistencia en efectivo</li></ul>
<input type="checkbox"/> <b>Estados de cuenta bancarios del mes actual y anterior para todos los adultos del hogar</b>
<input type="checkbox"/> <b>Recibos de Luz pasado mes y actual</b>
<input type="checkbox"/> <b>Licencia de conducir o identificación estatal para todos los adultos en el hogar</b>

**Si puede proporcionar toda la documentación requerida enumerada anteriormente, continúe con el próximo paso 3**

**Formulario de admisión del Cliente - \*\*Por favor, Imprima Claramente\*\***
**Primero nombre, Segundo y Apellido**
**Numero de Teléfono:**
**Número de Seguro Social:**
**Fecha de Nacimiento:**
**Dirección de Correo Electrónico:**
**Dirección de Calle:**
**Apartamento #:**
**Ciudad, Estado, Código Postal:**
**Sexo:**
 Masculino  Hembra  Transgénero  No Binario/no Conforme  Prefiere no responder

**¿Está Embarazada?**
 Si  No

**¿Cuándo es su Fecha de Parto? \_\_\_\_\_**
**Estado Civil:**
 Soltero  Casado  Divorciado  Viudo

**Raza:**
 Indio Americano, Nativo de Alaska o Indígena  Asiático  Negro/Afroamericano

 Hawaiano Nativo o Isleño del Pacífico  Blanco/Caucásico  Otro \_\_\_\_\_

**Origen étnico**
 Hispano/Latino (a)(o)(x)  No Hispano/Latino (a)(o)(x)

**¿Es usted un Ciudadano Estado Unidos?**
 Si  No

**¿Eres un Veterano?**
 Si  No

**¿Es usted un Discapacitado?**
 Si  No

**En caso afirmativo, ¿qué tipo de Discapacidad?**
 Abuso de Alcohol  Condición de Salud Crónica  Del Desarrollo  VIH/SIDA  Salud Mental Físico  Abuso De Drogas  Otro \_\_\_\_\_

**¿Está cubierto por un seguro de salud?**
 Si  No

**En caso afirmativo, ¿Qué tipo de seguro?**
 Medicaid  Medicare  Servicios Médicos del VA  seguro de salud del empleador

 COBRA  Seguro de Salud de Pago Privado  Otro \_\_\_\_\_

**¿Recibe algún ingreso para su hogar?**

Si  No

**En caso afirmativo, ¿Qué tipo de ingresos?**

Pensión Alimenticia  Manutención de los Hijos  Empleo  SSI  SSDI  TANF  Beneficios del VA

o Otro \_\_\_\_\_

**¿Cuál es el ingreso mensual promedio de su hogar?**

\$ \_\_\_\_\_

**¿Recibe beneficios de SNAP (Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria) para su hogar?**

Si  No

**¿Cuánto recibes al mes?**

\$ \_\_\_\_\_

**¿Alguna vez has experimentado violencia doméstica?**

Si  No

**En caso afirmativo, ¿Cuándo?**

En los últimos 3 meses  Hace 3 a 6 meses  Hace 6 a 12 meses  Hace más de 1 año

**Por favor, incluya información para todos los demás miembros de su hogar:**

<b>Nombre</b>	<b>Relación con usted</b>	<b>Fecha de nacimiento</b>	<b>Género</b>
<b>Número de Seguro Social</b>	<b>Raza</b>	<b>Origen étnico</b>	<b>¿Seguro de enfermedad?</b>
		Hispano / No Hispano	Sí / No
<b>Nombre</b>	<b>Relación con usted</b>	<b>Fecha de nacimiento</b>	<b>Género</b>
<b>Número de Seguro Social</b>	<b>Raza</b>	<b>Origen étnico</b>	<b>¿Seguro de enfermedad?</b>
		Hispano / No Hispano	Sí / No
<b>Nombre</b>	<b>Relación con usted</b>	<b>Fecha de nacimiento</b>	<b>Género</b>
<b>Número de Seguro Social</b>	<b>Raza</b>	<b>Origen étnico</b>	<b>¿Seguro de enfermedad?</b>
		Hispano / No Hispano	Sí / No
<b>Nombre</b>	<b>Relación con usted</b>	<b>Fecha de nacimiento</b>	<b>Género</b>
<b>Número de Seguro Social</b>	<b>Raza</b>	<b>Origen étnico</b>	<b>¿Seguro de enfermedad?</b>
		Hispano / No Hispano	Sí / No

**Describa su situación, incluida la razón por la que no pudo cubrir sus gastos en los último 45 días:**


<b>Solicito asistencia con:</b>	
Renta	Debo \$ _____
Utilidades	Debo \$ _____

<b>Si solicita Asistencia de Alquiler, proporcione la siguiente información:</b>	
Nombre del complejo de apartamento	
Nombre del propietario	
Dirección de Calle	
Ciudad, Estado, Código Postal	
Teléfono	
Dirección de Correo Electrónico	

Al firmar a continuación, acepto que la información que he proporcionado en esta solicitud es completa y precisa a mi leal saber y entender. Entiendo que proporcionar información falsa en esta solicitud me descalificará para recibir asistencia.

Letra de molde \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

**"Permiso de Divulgar información"**



Homeless Services Network of Central Florida  
HMIS Department | Official Document

*Continuum of Care FL-507 | Homeless Services Network of Central Florida  
Client Informed Consent & Authorization for Release of Information in HMIS*

This notice describes how information about you may be used and disclosed and how you can get access to this information. Please review it carefully. If you have any questions or desire any further information regarding this form, please contact the system administrator via the HSN HMIS Help Desk by phone (407-893-0133 x640) or by submitting a ticket on our website (<https://hmiscfl.org>).

1. In order to best serve your needs at Christian Service Center for Central Florida, to develop meaningful treatment plans, to determine your continuing eligibility for services, and to monitor your progress in complying with the terms of your shelter, housing or other services, Christian Service Center for Central Florida and the Continuum of Care need to exchange, share, and/or release data, information or records they may collect about you.
2. The information contained in your case records with any Agency is considered confidential and privileged and cannot be exchanged, shared and/or released without your express and informed written consent, except where otherwise authorized by law. Please understand that access to shelter, housing and services is available without your consent for the release of the information. However, your consent to share information with other service agencies is a critical component of our community's ability to provide the most effective services and housing possible.
3. I understand that:
  - a) This Agency may not refuse to serve me simply because I do not want my information shared with other service agencies.
  - b) This form specifically authorizes the use of information about me in research conducted using information maintained in the HSN HMIS. I will not be personally identified by name, social security number, or any other unique characteristic in published research reports. The type of research that will be conducted using this information includes reports on the number and characteristics of people using different types of services, the effectiveness of services, and changes in patterns over time.
  - c) If I give permission, the HSN HMIS will allow information about me, including records previously entered into the HSN HMIS, to be shared among HSN HMIS Partner Agencies. This may include, but is not limited to, my photograph, information regarding my education history and employment background, income, program eligibility and participation, and personal history. The purpose of sharing information is to help the agencies from which I seek services to obtain information about me faster, to assist with my case management, and to connect me more quickly with the services I need.
  - d) Agencies that join the HSN HMIS after I sign this consent/authorization also will have access to the personal information that I authorize for data sharing. This Agency must make reasonable accommodations to allow me to view the updated list of HSN HMIS Partner Agencies.
  - e) I understand that I have the right to inspect, copy, and request all records maintained by an Agency relating to the provision of services provided by an Agency to me and to receive a copy of this form unless specifically denied under federal or state law. I understand that my records are protected by federal, state, and local regulations governing confidentiality of client records and cannot be disclosed without my written consent unless otherwise authorized by law. I understand that this release is valid for three years from the date I sign this document. I may revoke this authorization at any time verbally or by written request, but the cancellation will not be retroactive.

I give my consent to the exchange of information via the HSN HMIS: Yes  No

I have read this document or it was read and/or explained to me and I fully understand and agree with the terms of this document.

Name and Signature of Client		Name and Signature of Witness	
<hr/>		Christian Service Center	
(Print)		(Print)	
<hr/>		Christian Service Center	2023
(Signature)		(Signature)	(Date)
<hr/>		<hr/>	
(Date)			

Presupuesto Mensual					
Ingresos del Trabajo	\$	Cupones de comida (SNAP)	\$	Gasto de Autobús	\$
Desempleo	\$	Medicaid	<input type="checkbox"/>	Pagare de Auto	\$
Seguro Social (SSI)	\$	Medicare	<input type="checkbox"/>	Cuidado de niños	\$
SSDI	\$	Healthy Kids	<input type="checkbox"/>	Gas/Calefacción	\$
VA Discapacidad	\$	WIC	<input type="checkbox"/>	Electricidad	\$
Discapacidad privada	\$	VA Medico	<input type="checkbox"/>	Comida	\$
Compensación del trabajador	\$	TANF Cuido de niño	<input type="checkbox"/>	Gastos de manutención infantil	\$
TANF Asistencia Publico	\$	TANF Transportación	<input type="checkbox"/>	Gasolina (Auto)	\$
Pensión de Veteranos	\$	Sección 8	<input type="checkbox"/>	Seguro de Auto/Hogar	\$
Pensión	\$	Otro:	\$	Gasto Medico	\$
Manutención de los hijos	\$			Misceláneo	\$
Pensión alimenticia	\$			Hipoteca	\$
Otro:	\$			Renta	\$
Otro:	\$			Aguas residuales/ Basura	\$
				Teléfono	\$
				Agua	\$
				Otor:	\$
<b>Ingresos totales</b>	<b>\$</b>	<b>Beneficios totales</b>	<b>\$</b>	<b>Gastos totales</b>	<b>\$</b>

Al firmar a continuación, acepto que la información que he proporcionado en esta solicitud es completa y precisa a mi leal saber y entender. Entiendo que proporcionar información falsa en esta solicitud me descalificará para recibir asistencia. Entiendo que completar esta solicitud no garantiza la aprobación de la asistencia.

Letra de molde \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

**Próximo paso 4 - Someter**

Su solicitud completa y todos los documentos requeridos deben incluirse en un correo electrónico y enviarse a [FinancialAssistance@ChristianServiceCenter.org](mailto:FinancialAssistance@ChristianServiceCenter.org). Su solicitud completa y las copias de los documentos también se pueden dejar en persona en una de nuestras 3 ubicaciones que se enumeran a continuación.

Downtown Orlando	West Orange	Winter Park
808 W. Central Blvd. Orlando, FL 32805 Lunes – Jueves 9:00am-4:00pm Viernes 9:00am-12:00pm	300 West Franklin Street Ocoee, FL 34761 Lunes – Viernes 9:00am-1:00pm	3377 Aloma Avenue Winter Park, FL 32792 Lunes – Viernes 9:00am-1:00pm