

Aplicación de Asistencia Financiera para Alquiler y Utilidades (Solo residentes del Condado de Orange)

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.

Documentación requerida:

- Contrato de arrendamiento actual firmado por el inquilino y el propietario
- Licencia de conducir o identificación estatal para todos los adultos en el hogar
- Certificados de nacimiento para todos los menores en el hogar
- Aviso de evicción de 3 días
- Factura de electricidad actual y del mes pasado (si solicita asistencia de servicios públicos)
- Documentación de fuentes de ingresos adicionales (por ejemplo, manutención de menores, SSI/ SSDI, desempleo, beneficios para veteranos)
- Documentación de gastos inesperados dentro de los últimos 45 días (por ejemplo, factura médica, reparación de automóviles, salarios perdidos)
- Carta de adjudicación de beneficios de SNAP (si corresponde)
- Si comienza un nuevo trabajo, proporcione una carta de contratación que incluya la tasa de pago, el número de horas por semana y la fecha de inicio, en un membrete de la empresa.

Tenga en cuenta que no podemos ayudar a las personas:

- Que no tienen ninguna fuente de ingresos
- Ya están en proceso de ser desalojados a través de los tribunales
- Si sus gastos mensuales son más que sus ingresos mensuales
- Ya ha recibido asistencia de una agencia en los últimos 12 meses
- Necesita ayuda con OUC (solo podemos ayudarlo con Duke Energy en este momento)

*****La aplicación completa y todos los documentos deben incluirse en un correo electrónico y enviarse a FinancialAssistance@christianservicecente.org: La Aplicación y los documentos también se pueden dejar en persona en una de nuestras 3 Oficinas *****

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

Formulario de admisión del Cliente - **Por favor, Imprima Claramente**
Primero nombre, Segundo y Apellido
Numero de Telefono:
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

Please include information for all other members of your household:

Nombre	Relación con usted	Fecha de nacimiento	Género
Número de Seguro Social	Raza	Origen étnico	¿Seguro de enfermedad?
		Hispano / No Hispano	Sí / No
Nombre	Relación con usted	Fecha de nacimiento	Género
Número de Seguro Social	Raza	Origen étnico	¿Seguro de enfermedad?
		Hispanic / Non-Hispanic	Sí / No
Nombre	Relación con usted	Fecha de nacimiento	Género
Número de Seguro Social	Raza	Origen étnico	¿Seguro de enfermedad?
		Hispano / No Hispano	Sí / No
Nombre	Relación con usted	Fecha de nacimiento	Género
Número de Seguro Social	Raza	Origen étnico	Sí / No
Nombre	Relación con usted	Fecha de nacimiento	Género
Número de Seguro Social	Raza	Origen étnico	¿Seguro de enfermedad?
		Hispano / No Hispano	Sí / No

Describa su situación, incluida la razón por la que no pudo cubrir sus gastos este mes:

Solicito asistencia con:

Renta	Debo \$ _____
Energia de Duke	Debo \$ _____

Si solicita Asistencia de Alquiler, proporcione la siguiente información:

Nombre del complejo de apartamento	
Nombre del propietario	
Dirección de Calle	
Ciudad, Estado, Código Postal	
Telefono	
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.

Imprime tu nombre _____ Fecha _____

Firma _____

Hoja de Cálculo de Presupuesto Mensual

Fuentes de Ingresos en efectivo				Expensas			
Fuentes Income	Cantidad	Frecuencia	Ingresos mensuales	Expensas	Cantidad	Frecuencia	Ingresos mensuales
Trabajo / Ingresos del trabajo	\$		\$	Renta	\$		\$
Manutención de los hijos	\$		\$	Atrasos en el alquiler (alquiler atrasado)	\$		\$
TANF	\$		\$	Cuidado de niños	\$		\$
SSI	\$		\$	Utilidades	\$		\$
SSDI	\$		\$	Atrasos de utilidades (pago atrasado)	\$		\$
Herencia	\$		\$	Ropa	\$		\$
Otro	\$		\$	Comida	\$		\$
Otro	\$		\$	Pago del coche	\$		\$
Ingreso Total	\$		\$	Seguro de coche	\$		\$
Fuentes de de ingresos no monetarios							
Fuentes Income	Cantidad	Frecuencia	Ingresos mensuales	Gasolina	\$		\$
Food Stamps	\$		\$	Transporte Público	\$		\$
Otro	\$		\$	Médico/Prescripciones	\$		\$
Otro	\$		\$	Dental	\$		\$
Otro	\$		\$	Vision	\$		\$
Total	\$		\$	Teléfono	\$		\$
				Teléfono - Celular	\$		\$
BUDGET ANALYSIS:							
Ingresos mensuales totales en efectivo			\$	Cable/Internet	\$		\$
Gastos mensuales total			\$	Otro	\$		\$
Variacion Mensual(Ingreso total menos gastos totales			\$	Otro	\$		\$
				Total	\$		\$



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	
_____	_____	_____	_____
(Print)	(Print)	(Print)	(Print)
_____	_____	_____	_____
(Signature)	(Date)	(Signature)	(Date)