

FORMA DE LA EVALUACION DEL CLIENTE DE HCEC

Es **MUY IMPORTANTE** que conteste **TODAS** las preguntas. Por favor **IMPRIMA CLARAMENTE**

Nombre _____ Telefono _____ Correo electronico _____
Tenemos permiso para dejar un mensaje a este numero ? Si ___ No ___

Fecha de nacimiento _____ Genero: Hembra ___ Masculino ___ Transgenero ___

Direccion actual: _____ Ciudad _____Codigo Postal _____

Direccion de envio (si diferente-PO Box): _____ Ciudad _____Codigo Postal _____

¿Cual es su idioma preferido? _____ ¿Cual otro idioma se habla en su casa? _____

Por favor **MARQUE TODO** lo que aplique a usted:

- Familia Dueno de hogar Individual (vive solo) Sin hogar Vivienda de alquiler/Dueño de propiedad
- Inquilino (Nombre del propetario: _____) En Riesgo de falta de vivienda o quedandose con amigos o familia

Nivel de educacion: ___ Ninguno ___ Elemental ___diploma de secundaria/ GED ___ Escuela vocacional ___ Graduado

¿Ha servido alguna vez en servicio activo militar? ___ Si ___ No ___ Inseguro

Si es asi , ¿ En cual ? ___ Guardia Costal ___Ejército ___ Fuerza Aerea ___ Navy ___ Marineros ___ Guarda Nacional Otro: ___

Etnicidad: ___ Hispano ___ No Hispano

Raza (Marque todo lo que aplique): ___ Indio Americano / De Alaska ___ Asiatico ___ Negro / Africano Americano
___ Americano Nativo/ Nativo de Alaska ___ Blanco ___ Elejir no responder ___ Otro (por favor de listar): _____

¿QUE SERVICIOS ESTA BUSCANDO?:

- Apoyo de inquilino/propetario/Mediacion de Derechos & responsabilidades Busqueda de Vivienda o refugio
- Asistencia Financiera Condiciones antihigiénicas/ Propetario cumplimiento de plomo
- Ayuda para la Hipoteca/Apoyo Quejas del Consumidor/Reclamos Menores

¿Quien lo refirio o como se entero de los servicios de BCRHA? _____

Por favor de completar toda la informacion a continuacion. Escriba n/a si no es aplicable a su situacion:

¿Esta sin hogar ahora? Si ___ No ___ ¿Donde durmio anoche? _____

Si no tiene hogar, ¿tiene alguna familia o amigos con los que pueda quedarse temporalmente hasta que encuentre un apartamento? ___ Si ___ No Si tiene, ¿Quien? _____

Si necesita mudarse, ¿tiene un nuevo apartamento? ___ SI ___ No; ¿Cuanto es la renta mensual? _____

¿QUE LE TRAE AQUI HOY? (por favor marque todos lo que apliquen)

En Peligro de Quedar Sin Hogar: (por favor marque todos lo que apliquen)

- Fui negado asistencia de emergencia (EA/shelter) Debo \$ _____ de renta y me estan desalojando
- Tengo un aviso de 14 días para desalojar *Si esta atrasado en renta, cuantos meses? _____*
- Tengo un aviso de 30 días de eviccion Mi propietario está siendo embargado y necesito mudarme
- Tengo una queja de proceso sumario Mi apartamento está en mal estado y necesito mudarme
- Tengo un acuerdo jucial o un juicio Estoy atrasado con mi hipoteca por ___ meses y debo \$ _____
- Voy a quedar sin hogar en 30 días o menos Estoy doblado y tengo que mudarme

Housing Search:

- Necesito ayuda para encontrar un hogar permanente
- Me quedo en un shelter por las noches
- Vivo en la calle y necesito ayuda para conseguir hogar
- Quiero saber como obtener un subsidio

VIOLENCIA DOMESTICA:

- Soy una victima de violencia domestica.
- ¿Hace cuanto tiempo? _____
- ¿Es residente de Massachusetts? Si ___ No ___

Otro:

- Pago mas de 50% de mis ingresos a mi costo de hogar Necesito ayuda para lidiar con mi propietario para hacer arreglos
- Me gustaria saber mas sobre comprar una casa Tengo problemas con mi propietario – problemas de propiedad

Estoy atrasado en mis utilidades y tengo avisos de corte Necesito ayuda para hacer mi hogar accesible para desabilitados
¿Cuanto debe para las utilidades? \$ _____ ¿Tiene un subsidio de vivienda o vive en vivienda publica?
 Estoy sin calificación (come Sección 8, MRVP) y ¿de que agencia? _____
He aplicado para asistencia de combustible: Si No
Si es así, ¿cuando?

Fair Housing:

Siento que he sido discriminado por la vivienda He sido negado vivienda

Fuente de Ingresos (Marque todo lo que aplique):

Salario TAFDC/EAEDC(DTA) (Cupones de alimento)/WIC SSI/SSDI Pension Alimenticia Desempleo
 Soporto de Niños CHIP Jubilacion/ Pension Estipendio de Refugio Beneficios Veteranos
 Seguro Medico/Enfermedad Sin Ingresos Asistencia de combustible Otro (por favor de listar): _____

Total De Ingresos Mensual: \$ _____ (incluir los ingresos de todos los miembros de familia); **Cupones de alimento \$ _____**

Gasto mensual de Renta/Hipoteca: \$ _____ (no incluya cable/telefono); **Gasto mensual gas/aceite/electricidad: \$ _____**

Has estado empleado en los ultimos 5 años? Si No Si es así, donde? _____

Listar el total de cuenta de cheques o de ahorros, acciones, etc.) \$ _____

Numero de **Adultos** en su hogar: _____ Numero de **Niños**: _____ Edades: _____ **Embarazada?** Si or No

Esta atrasado en la renta, **cuantos meses?** _____ **Cantidad que debe?** _____

¿Hay alguien incapacitado en su hogar? Si No

Si esta buscando ayuda financiera, espera un aumento o disminucion en ingresos o en gastos? Si No

Por favor explique por qué esta aqui

La Ley de Violencia contra Mujeres y Reautorización del Departamento de Justicia (Violence Against Women and Justice Department Reauthorization Act) de 2005 ("VAWA") protege a los inquilinos cualificados, participantes y solicitantes y a los familiares de inquilinos, participantes y solicitantes que son víctimas de violencia doméstica, violencia en citas o acecho en caso de que se les negase asistencia en la vivienda, o fueran desahuciados o excluidos de la asistencia en la vivienda por causa de actos de esa clase de violencia contra ellos.

*****IMPORTANTE --- FAVOR DE FIRMAR!!!**

Toda la información presentada anteriormente, incluyendo los ingresos de los miembros de la familia, es verdadero a lo mejor de mi conocimiento. Entiendo que al firmar a continuación doy permiso a Berkshire Housing & BCRHA para compartir esta evaluación y otra información proporcionada, con el fin de coordinar los servicios más eficaces y eficientes a mi hogar. Entiendo que este permiso se otorga en virtud de la Sección 2 del Capítulo 66A de la Ley General de Massachusetts, el Acto Justo de Prácticas de Información. Este consentimiento caduca automáticamente un año desde la fecha de firma o cuando se cancelan los servicios, lo que ocurra primero.

FIRME AQUI:

FECHA:

Firma



BERKSHIRE HOUSING DEVELOPMENT CORP.

1 FENN STREET, 3rd FLR – PITTSFIELD, MASSACHUSETTS 01201

(413) 499-1630 x133 FAX (413) 496-9831



CUESTIONARIO DE ASISTENCIA FINANCIERA
PARA FAMILIAS CON DEPENDIENTES menores de 21 años

ESTE FORMULARIO ES DESTROZADO DESPUÉS DE CRIBADO PARA LA
CONFIDENCIALIDAD

Nombre de Pariente: _____ Fecha: _____
SS# _____ Fecha de Nacimiento: _____

1. ¿Cuál es el ingreso TOTAL del hogar? _____
2. ¿Está actualmente embarazada? _____ ¿Cuántos meses? _____
3. ¿Tiene un diploma de escuela secundaria o GED? _____
4. ¿Está empleado actualmente? _____
5. ¿Está usted o algún miembro de su hogar en cualquier asistencia pública? Por ejemplo cupones para alimentos, asistencia en efectivo, seguro de salud (MassHealth) _____
6. ¿Tiene un caso activo o histórico de Departamento de Niños y Familia para alguno de sus hijos? _____
7. ¿Está alguno sus niños actualmente en cuidado de crianza? _____
8. ¿Ha estado alguna vez en un refugio para personas desamparadas o refugio de la violencia doméstica como un adulto? _____
9. ¿En los últimos seis meses, se ha liberado de la prisión o cárcel, un establecimiento de abuso de sustancias, de salud mental o de vivienda? _____
10. ¿Qué edad tienen todos los niños de su familia? _____ ¿Cuántos años tienes? _____
11. ¿Cuántas veces se ha mudado en los últimos 12 meses? _____
12. ¿Tiene un arrendamiento corriente o contrato firmado con los dueños de dónde vive ahora que dice cuánto su alquiler es y cuanto tiempo se puede quedar? _____

Preguntas de Iniciativa de Empleos Seguras

Iniciativa de empleos seguros es un programa de fuerza de trabajo diseñado para ayudar a las familias a aumentar sus ingresos a través del empleo. El programa está diseñado para ayudar a aquellos que están listos, dispuestos y capaces de trabajar. Cualquier participante o miembro de su familia que residen en el albergue de EA o Motel, recibiendo asistencia hogar HomeBase o RFTA son elegibles.

1. Está buscando empleo y teniendo un tiempo difícil para encontrar un puesto de trabajo?
Sí ___ No ___
2. Tiene empleo, pero no hace suficiente dinero para pagar su alquiler mensual? Sí ___
No ___
3. Quisiera usted mejorar sus habilidades de entrevista y búsqueda de trabajo? Sí ___
No ___
4. Necesita ayuda con su reanudar? Sí ___ No ___
5. Necesita la ayuda con guardería, transporte, educación adicional? Sí ___ No ___ U
otro asunto: _____

6. Es la falta de cuidado de los hijos una barrera para la obtención de empleo? Sí ___
No ___



Commonwealth of Massachusetts
**DEPARTMENT OF HOUSING &
 COMMUNITY DEVELOPMENT**

Charles D. Baker, Governor Karyn E. Polito, Lt. Governor Chrystal Kornegay, Undersecretary

Autorización voluntaria para la divulgación de información

Yo, _____ entiendo que, con el fin de solicitar o obtener asistencia del Programa de Asistencia Residencial para Familias en Transición (RAFT) de el Departamento de Vivienda y Desarrollo Comunitario (DHCD, cada miembro de mi familia mayores de 18 años, y yo debemos autorizar la liberación de información personal mia y de mis hijos menores a DHCD, y por DHCD a otras agencias, para verificar la elegibilidad inicial y continuación de mi familia para el programa de Raft.

Permiso Para Que Otros Le Den Información a DHCD

Autorizo DHCD, en la medida requerida por la ley y las regulaciones aplicables a DHCD, o para la operación y la gerencia eficientes del programa de la balsa, para solicitar, para obtener, y para conservar la información sobre mí y mis miembros de familia menores (en cualquier medio) de cualquier agencia, organización, empleador o individuo, y discutir o corresponder con respecto a dicha información en cualquier medio. Además, autorizo a cualquiera y a todas las agencias, organizaciones, empleadores o individuos a que liberen cualquier información concerniente a mí y a mis familiares menores a DHCD.

Permiso Para DHCD Para Dar Información Sobre Mí y Mi Familia a Otros

Yo, autorizo a DHCD, en la medida requerida por la ley y las regulaciones, para la operación eficiente y la gerencia del programa de la balsa, o en la medida requerida por otras agencias de gobierno, para obtener la información para el uso oficial del gobierno, para proporcionar cualquier información Acerca de mí y mi ni mis familiares se hicieron disponibles a través de mi participación en los programas de DHCD a los contratistas DHCD y otras agencias gubernamentales.

Yo, autorizo a DHCD a proporcionar cualquier información sobre mí y mis miembros menores de la familia disponibles a través de mi participación en el programa de la balsa a los investigadores académicos, independientemente de si dicha investigación se lleva a cabo en conjunción con una institución de grado-otorgamiento

Ley Aplicable

Entiendo que DHCD mantendrá toda la información personal proporcionada o recibida a través de esta publicación confidencial de acuerdo con la ley aplicable, incluyendo la ley de prácticas de información justa (FIPA), las leyes generales de Massachusetts capítulo 66A; y la ley de privacidad de datos de Massachusetts (DPA), el capítulo 93H de las leyes generales de Massachusetts. Entiendo que, bajo FIPA, tengo derechos concernientes a ciertos datos personales que se celebran sobre mí y mi familia, incluyendo mi derecho a tener ciertos datos personales a mi disposición y objetar la recolección, mantenimiento, diseminación, uso, exactitud, exhaustividad, puntualidad o relevancia de los datos personales o tipo de información que se tenga sobre mí y mis familiares menores.

Reconozco que he leído y entiendo esta forma, que he recibido una copia de este formulario para referencia futura, y que entiendo que una fotocopia o copia digital de esta autorización es tan válida como el original.

 Firma de Aplicante/Receptor

 Ultimos 4 Dígito de Numero de Seguro Social

Dirección: _____ Cuidad/Pueblo : _____

Zip: _____

Nombre Impreso de
Miembro adulto
adicional de la familia

Firma de Miembro
Adulto Adicional en
Familia

SS# ultimos 4

Fecha

Nombre Impreso de
Miembro adulto
adicional de la familia

Firma de Miembro
Adulto Adicional en
Familia

SS# ultimos 4

Fecha

Nombre Impreso de
Miembro adulto
adicional de la familia

Firma de Miembro
Adulto Adicional en
Familia

SS# ultimos 4

Fecha

Nombre Impreso de
Miembro adulto
adicional de la familia

Firma de Miembro
Adulto Adicional en
Familia

SS# ultimos 4

Fecha

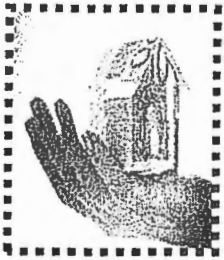
Reconozco que expliqué el documento anterior al solicitante/destinatario, y presencié su firma.

TESTIGO: Firma del personal de la agencia administradora de balsa _____ Fecha _____

Balsa administración nombre del personal de la Agencia

RAFT Agencia Administrativa: _____ Telefono #: _____

Email = _____



Berkshire County Regional Housing Authority
Housing Counseling ~ Mediation ~ Consumer ~ Education Center

1 Fenn Street, 4th Flr.
PITTSFIELD, MASSACHUSETTS, 01201
413-443-7138 Fax: 413-443-8137
Website: www.bcrha.com

SERVICES DISCLOSURE STATEMENT & CONSENT OF RELEASE OF INFORMATION

Berkshire County Regional Housing Authority proporciona los servicios de orientación del alojamiento siguientes: Delincuencia de la Hipoteca, Orientación por Defecto, Homelessness Prevention and Resolution Services, Alquiler y orientación de Vivienda justa. Además de orientación de la falta de la hipoteca que provee y servicios de orientación del alquiler para propietarios y arrendatarios. El condado de Berkshire Ministerio de Vivienda Regional ofrece los servicios siguientes y programas: Programa de Preservación de Arrendamiento, Programa del Beneficiario representativo, Programa de Orientación del Consumidor y Opciones de Casa para Mayores de Massachusetts.

Clientes de Asesoría de Vivienda no están obligados a usar cualquier otro producto o servicios ofrecidos por esta agencia, sus filiales o socios. La Autoridad de Vivienda Regional del Condado de Berkshire proporcionará información sobre los servicios alternativos, programas y productos. Los clientes deberían considerar una variedad de recursos y opciones y después de la evaluación escoger recursos que mejor adapten a sus necesidades.

Apoyo financiero para el Programa de Asesoría de Vivienda es proporcionado por las siguientes organizaciones: fondos Congresonarios a través de la Mitigación Exclusión de Asesoramiento Nacional, Massachusetts Bar Foundation, Asesoría de Vivienda de HUD, Oficina de colaboración pública de Massachusetts, y el Centro de Educación de los Consumidores de Vivienda.

Yo/nosotros entendemos que es mi/nuestro derecho y responsabilidad de decidir si participar en el curso de asesoría de vivienda con La Autoridad de Vivienda Regional del Condado de Berkshire y asesoría para determinar si es adecuado para mi/nuestro problema de la vivienda.

Yo/nosotros entendemos que el BCRHA proporciona información sobre una amplia variedad de productos y programas de vivienda y que la vivienda consejería que recibo de BCRHA de ninguna manera obliga a elegir cualquier producto de préstamo particular o programa de vivienda en mis sesiones de consejería. Yo/Nosotros entendemos que BCRHA no garantiza que Yo/nosotros recibamos la forma de financiación de la hipoteca de cualquier prestamista y/o otra entidad de financiación de la hipoteca.

Yo/nosotros podemos ser referidos a otros servicios de la vivienda de la organización o a otra agencia o agencias como apropiado, que pueden ser capaces de ayudar con preocupaciones especiales que han sido identificadas.

Yo/nosotros entendemos que un consejero puede responder a preguntas y proporcionar información, pero no puede dar asesoramiento jurídico. Si quiero asesoramiento legal, será referido para asistencia apropiada.

Providing dispute resolution programming; comprehensive housing counseling, including legal and educational counseling services, loss mitigation/ anti-foreclosure counseling, homelessness prevention/ tenancy preservation services and homelessness resolution and housing search assistance; and anti-poverty resources TO ALL BERKSHIRE COUNTY RESIDENTS.



Berkshire County Regional Housing Authority
Housing Counseling ~ Mediation ~ Consumer ~ Education Center
1 Fenn Street, 4th Flr.
PITTSFIELD, MASSACHUSETTS, 01201
413-443-7138 Fax: 413-443-8137
Website: www.bcrha.com

Yo/nosotros entendemos que información y datos sobre nuestro caso de asesoría de vivienda también pueden ser compartidas con los financiadores del programa en el que estoy participando con la Autoridad de Vivienda Regional del Condado de Berkshire. Los organismos de financiación específicos son HUD o la Asociación de Vivienda y Planificación de Ciudadanos (CHAPA). Dicho intercambio de información puede incluir lo que permite el acceso por parte de HUD y/o CHAPA de su archivo con el propósito de la supervisión de la concesión que los fondos del programa que están participando.

Firma de Cliente

Fecha

Firma de Consejero

Fecha

Providing dispute resolution programming; comprehensive housing counseling, including legal and educational counseling services, loss mitigation/ anti-foreclosure counseling, homelessness prevention/ tenancy preservation services and homelessness resolution and housing search assistance; and anti-poverty resources TO ALL BERKSHIRE COUNTY RESIDENTS.