

Always Home, Inc.
 119 High Street
 Mystic, Connecticut 06355
 860-245-0222
 www.alwayshome.org



ALOJAMIENTO ASISTENCIA ELEGIBILIDAD FORMA

Tras revisar el formulario completado, el administrador de casos de Always Home establecerá elegibilidad. Terminación de el forma hace no garantizar servicios.

Hacer tú necesidad asistencia relleno afuera y/o comprensión aplicaciones? **sí** **No**

Es allá a idioma ¿barrera? **sí** **No**

Hacer tú necesidad un ¿intérprete? **sí** **No** En caso afirmativo, qué es su Primario Idioma _____

Fecha: _____

Nombre: _____

Actual DIRECCIÓN: _____

Ciudad/Pueblo: _____ Estado: _____ Código Postal Código: _____

Número de teléfono celular: _____ Dirección de correo electrónico: _____

¿Cuanto tiempo has vivido en esta dirección? _____

¿Pagó su alquiler/hipoteca a tiempo? **sí** **No**

Si no, por favor explicar: _____

Hizo tú pagar por: Dinero en efectivo y cheque Ordenar Otro

Si alquilara, ¿cómo calificaría su relación con el propietario? **Bueno** **Regular** **Malo**

¿Era usted responsable de pagar los servicios públicos? **sí** **No**

Si **Sí**, cual **Unos**: Cable de gasóleo eléctrico de agua

Son tú o a miembro de su hogar actualmente laboral con cualquier Social Servicio ¿Agencia?

Si **Sí**, por favor lista servicios abajo.

SERVICIOS INVOLUCRADO CON HOGAR (ex. DCF, CDH, DSS, etc.)

Nombre	Dirección	Teléfono #	Contacto Persona

Emergencia Contacto:

Nombre: _____ Número de teléfono: _____ Relación contigo: _____

FAMILIA INFORMACIÓN

El siguiente Información familiar es requerido para seguimiento de datos propósitos solo y lo haré No ser solía hacerlo determinar programa elegibilidad. Complete para todos los miembros del hogar, incluido usted mismo.

Lleno Nombres de Todos Los miembros del hogar (Primero, MI, último)	Relación con el jefe de familia	Fecha de nacimiento	Identidad de género	Carrera/ Etnicidad *	Veterano (sí/no)	Discapacidad (sí/no)	Estado parental (con custodia o sin custodia)	Educativo más alto Nivel obtenido
	<i>SER</i>							

* Indique si se identifica con una de las siguientes siete categorías de raza o etnia: blanco, hispano o latino, negro o afroamericano, asiático, indio americano o nativo de Alaska, de Oriente Medio o del norte de África, y nativo de Hawái o de las islas del Pacífico. Si se identifica como multirracial o multiétnico, escríbalo en el espacio correspondiente.

Escuelas Menor Niños Asistir

El nombre del niño	Edad	Escuela/Ciudad	Calificación	Teléfono Número

Hacer tú necesidad ¿cuidado de niños? Sí No Si Sí, hacer tú necesidad cuidado de niños, pero no puedo poder pagar ¿él? sí No

Hacer usted y toda familia miembros en su familiar actualmente tener salud ¿seguro? sí No

Si Sí, OMS es el Seguro ¿Transportador? _____

Hacer usted y toda familia miembros en su familiar actualmente tener dental ¿seguro? sí No

Si Sí, OMS es el Seguro ¿Transportador? _____

Hacer tú o cualquier miembros de la familia tener a médico condición, discapacidad o mental salud/sustancia abuso asunto.

Si Sí, por favor detalle a continuación.

Nombre	Condición	Medicamento	Severo, Moderado Estacional

ALOJAMIENTO INFORMACIÓN

Por qué hacer tú sentir eso eres en el riesgo de ser ¿sin hogar?

Razones) por perdida de vivienda/convertirse sin hogar: _____

Tener tú alguna vez estado sin hogar ¿antes? sí No

En caso afirmativo, ¿cuántas veces? _____

¿Cuándo? _____ ¿Dónde? _____

Razones): _____

Tener tú alguna vez estado desalojado ¿antes? sí No

En caso afirmativo, por favor detalle cómo muchos tiempos y razón para desalojos: _____

Tener tú alguna vez recibió Seguridad Depósito, Alquiler, ¿o Desalojo Asistencia o otro apoyo de Siempre Hogar u otra agencia? sí No

Si es así, por favor explicar: _____

Tiene alguna vez aplicado para Sección 8 o público ¿alojamiento? sí No

Si es así, por favor explicar: _____

Tener tú alguna vez vivido en ¿vivienda subsidiada? sí No

Si es así, por favor explicar: _____

Dónde son tú mirando para ¿alojamiento? (Por favor lista pueblos y estados si otro que CONNECTICUT)_____

EMPLEO INFORMACIÓN

¿Son tú empleado? sí No

Si No, eres mirando para ¿trabajar? sí No

Si Sí, son tú empleado tiempo completo o tiempo _____ parcial ¿Horas trabajadas por semana? _____

Nombre de Empleador: _____

Empleador DIRECCIÓN: _____

Ciudad/Pueblo: _____ Estado: _____ Código Postal Código: _____

Empleador Teléfono Número: _____ Fechas de Empleo: _____

Es escuela o trabajo capacitación a ¿consideración? sí No

En caso afirmativo, ¿cuáles son sus intereses? _____

Si aplicable, haría tú ser interesado en explorador GED clases? Sí No

Hacer tienes a Seguridad Social Número y ¿tarjeta? sí No

Hacer tú tener cualquier importante barrera a trabajar (transporte, cuidado de niños, ¿discapacidad)?

sí No

En caso afirmativo, ¿cuáles son las barreras? _____

Hacer tú tener acceso a público transporte o a ¿coche confiable? sí No

Hacer tienes a VÁLIDO del conductor ¿licencia? sí No

En caso afirmativo, proporcionar licencia #: _____ Licencia Estado: _____ Vencimiento Fecha: _____

FINANCIERO INFORMACIÓN

El siguiente información es requerido a determinar elegibilidad para el programa. Por favor incluir ingreso de todos los miembros trabajadores del hogar. Se requerirá comprobante de ingresos (recibos de pago, etc.) si se considera elegible para los servicios.

Fuente de ingresos	Recipiente Nombre	Caso Número	Recertificar. Fecha	Mensual Cantidad
Salarios - Tiempo completo				
Salarios – Parte Tiempo				
TANF				
SSI/SSDI				
Alimento Sellos				
Desempleo Beneficios				
Niño Apoyo				
Otro (Por favor explicar abajo)				

Otro: _____

Hacer tú tener a Consultando su ahorro ¿cuenta? sí No

Si Sí, cómo mucho son tú capaz a ¿ahorrar? \$ _____ por mes

Hacer tú tener pendiente facturas (Alquilar, servicios públicos, Seguro, Auto Pago, Teléfono, Tarjeta de crédito, ¿etc.)?

sí No

Si Sí, nombre a ellos y el balance pendiente abajo.

Nombre de Particular/Empresa adeudado	Cantidad adeudada

SIEMPRE HOGAR CASO GERENTE: (Imprimir Nombre): _____

Firma: _____ Fecha: _____

FAMILIAR SOLICITANTE: (Imprimir Nombre): _____

Firma: _____ Fecha: _____