

# REACH

(Ayudando personas con discapacidades mental y fisicas)

## Solicitud de Ayuda



Fecha de Aplicacion: \_\_\_\_\_

Nombre del Solicitante: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

(Persona con discapacidad)

Direccion del Apicante: \_\_\_\_\_

Ciudad/Estado/Codigo Postal: \_\_\_\_\_ Condado: \_\_\_\_\_

Telefono de Casa: \_\_\_\_\_ Numero de Celular: \_\_\_\_\_

Correo Electronico: \_\_\_\_\_

Nombre de persona completando la aplicacion: \_\_\_\_\_ Relacion con el solicitante: \_\_\_\_\_

Ingreso anual sin deducciones: \_\_\_\_\_  
Otras fuentes de ingreso: \_\_\_\_\_  
(Manutencion de los hijos, mantenimiento, fondos fiduciarios, acuerdos legales, o dinero en otro lugar)  
Alguien en su hogar trabaja? (Circule) Si / No  
Por favor escriba nombre y lugar de trabajo: \_\_\_\_\_  
Numero de personas en la familia: \_\_\_\_\_ (incluyendo personas con discapacidad)  
Alguien mas en su familia tiene una discapacidad? (Circle) Yes / No Quien: \_\_\_\_\_  
Si, quien y cual es la necesidad especial? \_\_\_\_\_  
Usted califica para discapacidad/SS/MR? \_\_\_\_\_ Si \_\_\_\_\_ No  
Si, cual recibe usted? \_\_\_\_\_

Usted tiene un trabajador social del condado/coordinador de servicio? (Circule) Si / No  
Nombre: \_\_\_\_\_ Telefono: \_\_\_\_\_  
Ha recibido ayuda de alguna otra agencia de servicio social en los ultimos 12 meses? (Circule) Si / No  
Si es asi, por favor identifique el organism y describa la asistencia recibida: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Por favor indique el motive de la asistencia?** (Incluya tantos detalles)

*Adjunte hojas adicionales si es necesario para describir completamente su situacion y solicitud.*

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_



## Permiso del Cliente y Autoridad Para Divulgar la Información

MAACLink es un sistema de computadora que se usa en zonas locales como un Sistema de Manejar la Información de Personas sin Hogar (HMIS son las siglas en inglés). El uso de un HMIS es obligado por el Departamento Federal de Hogar Desarrollo Urbano (HUD son las siglas en inglés) para las agencias que reciben fondos de HUD. MAACLink no tiene ninguna conexión electrónica con HUD y es usado únicamente por agencias autorizadas. Todos los que usan MAACLink han recibido entrenamiento en la confidencialidad y han firmado acuerdos muy estrictos para proteger la información personal de los clientes y limitar apropiadamente su uso.

Una Noticia de la Confidencialidad de Datos Personales se puede conseguir en las agencias que participan en este programa. Esa Noticia explica los detalles de cómo las agencias participantes y sus empleados manejan la información personal de clientes y cómo comparten esa información.

Yo doy mi permiso a \_\_\_\_\_ (El nombre de la Agencia) para recoger la información de mi persona y de los de mi casa y anotarla en el sistema MAACLink de la computadora.

Yo entiendo que el sistema MAACLink se comparte con agencias autorizadas en mi comunidad y se usa con el propósito de:

1. Determinar las necesidades de familias de fondos escasos, personas sin hogar, u otras personas con necesidades especiales para poder darles mejor ayuda y mejorar su situación actual o futura.
2. Mejorar la calidad de cuidado y servicio de personas en necesidad.
3. Seguir la efectividad de los esfuerzos de la comunidad en suplir las necesidades de las personas quienes han recibido ayuda.
4. Anotar los datos en un nivel total que no identifica personas específicas ni su información personal.

Entiendo que:

- Todas las agencias que usen MAACLink tratarán mi información en una manera profesional y confidencial.
  - El firmar este documento de permiso no garantiza que yo recibiré asistencia.
  - La información mía podrá compartirse con entidades (tales como proveedor de utilidades, dueños de casa, y otros) para poder darme el servicio que solicito.
  - Tengo el derecho de recibir una copia impresa de todos mis datos en MAACLink.
- \_\_\_\_ (Si gusta) Ponga una "X" aquí si da su permiso de incluir su foto en MAACLink.

_____ Nombre del Solicitante, letra de molde	_____ Firma del Solicitante	_____ Fecha
_____ Nombre de Representante de la Agencia Letra de molde	_____ Firma de Representante de la Agencia	_____ Fecha

Cada agencia MAACLink va a exigir que usted firme este documento, al menos cada año. Después de firmar este documento si Ud. decide que ya no quiere que sus datos se entren en MAACLink, por favor llene el documento de Revocación. Si Ud. no revoca este documento, vencerá automáticamente el \_\_\_\_\_, o un año después de firmar y fechar este documento.

## LIGA DE AYUDA MID AMERICA HOJA DE SERVICIOS DE AYUDA DE EMERGENCIA

AGENCIA/CODIGO						FECHA DE APLICACION / /			
APELLIDO	NOMBRE	INICIAL	SEGURO SOCIAL	FECHA DE NACIMIENTO	EDAD	TELEFONO	ETNICIDAD	SEXO	
NOMBRE DE LA ESPOSO			SEGURO SOCIAL	FECHA DE NACIMIENTO	EDAD	APELLIDO DE SOLTERA			
DIRECCION		APT	CIUDAD	CONDADO	ESTADO	¿CUAUNTO TIEMPO?			
# PERSONAS EN LA CASA			CODIGO POSTAL		NIVEL DE EDUCACION OBTENIDO				
					<input type="checkbox"/> Menos que secundaria <input type="checkbox"/> Secundaria / diploma <input type="checkbox"/> Estudios superiores				
MIEMBROS ADICIONALES EN CASA									
PERSONA	#SEGURO	RELACION	F.NAC / EDAD						
1					<b>PARA USO DE LA AGENCIA SOLAMENTE PAGADOR / DIRECCION</b> Recibo de comida # _____ Renta / Hipoteca _____ Contacto de utilidades _____				
2									
3									
4									
<b>PRESUPUESTO</b> INGRESO (NETO)                      Cantidad por mes                      TOTAL  La cabeza de la familia            \$ _____ Esposo (a)                                \$ _____ Otro    \$ _____ Otro    \$ _____                      \$ _____ <b>GASTOS (ACTUALES)</b> Cantidad por mes                      TOTAL  Renta / Hipoteca                        \$ _____ Electricidad                                \$ _____ Gas    \$ _____ Agua     \$ _____ Telefono                                      \$ _____ Medico                                         \$ _____ Miscelaneo                                 \$ _____                      \$ _____ Diferencia entre Ingresos y Gastos                      \$ _____					<b>DESCRIPCION DE LA NECESIDAD REQUERIDA</b>				
<b>PRESUPUESTO SUPLEMENTARIO</b>  Recursos adicionales: Estampillas de Comida \$ _____ LIEAP \$ _____ Marque lo que aplique: Medicald _____ W/C _____ Casa Sec8 _____ Public _____ Hogar _____					<b>PORQUE SE NECESITA LA AYUDA</b> a. Desempleo                                _____                      e. Cambio de domicilio                      _____ b. Ingreso inadecuado                      _____                      f. Robo    _____ c. Enfermedad / Muerte                      _____                      g. Rompimiento familiar                      _____ d. Desalojamiento                                _____                      h. Sin casa    _____				
<b>AYUDA DADA HOY</b>  Comida \$ _____ Para _____ Dias _____ Personas _____ Cupones de comida \$ _____ Renta _____ \$ _____ cuenta# _____ Utilidades _____ \$ _____ cuenta# _____ Ropa \$ _____ prendas _____					<b>DEUDAS PENDIENTES</b>  _____ \$ _____ _____ \$ _____				
<b>AYUDA TOTAL</b> \$ _____					<b>FONDOS USADOS</b>  Warmth & Light \$ _____ FEMA \$ _____ Dollar Aid \$ _____ JCEAPS \$ _____ Credito Dollar Aid \$ _____ Proyecto warmth \$ _____				
<b>LIBERTAD DE INFORMACION / ATESTIGUACION</b>  Yo certifico que la informacion que he provisto arriba es verdadera y correcta Doy mi permiso de dispensar informacion aqui provista a cualquier agencia de servicios sociales, a Mid America Assistance Coalition y vendedores, ya sea necesaria para completar los servicios en mi hogar, o para proveer estadísticas en asistencia de emergencia, como un seguro contra duplicacion. Por tanto, autorizo a mi proveedor de utilidades y otros vendedores relacionados con mi hogar, a proveedor informacion concierne a mi cuenta de combustible y otros cuentas, segun sea necesario para asegurar el apropiado procedimiento de esta aplicacion.									
X _____ <b>Firma del entrevistador</b> <b>Fecha</b>					X _____ <b>Firma del aplicante</b> <b>Fecha</b>				