Cornerstone

Community Action Agency

Solicitud de admisión
2023

Correo/dirección física:
114 Needham
Coleman, TX 76834

(T) 325-625-4167
(F) 325-625-3335
mail@ctoinc.org

Cabeza de Familia **(Solo para uso de oficina) Fecha Recibida** _

Primer Nombre_____Apellido_____Segundo Nombre_____

Fecha de nacimiento_____# de Seguro social_____ Alquiler_____Propio_____

Celular_____Correo Electrónico_____

Contacto alternativo/Número de teléfono. _____

Datos del Domicilio

Dirección residencial_____Apt #_____Ciudad_____ Estado_____Código Postal _____

Dirección de envió_____Apt #_____Ciudad_____ Est_____Código_____

Condado de Residencia_____Vivienda____ Casa Móvil_____ Apt_____

Fuentes de ingresos del hogar (marque todas las que correspondan)

Fuente de Ingreso:
- ○ Empleo
- ○ SIN Ingresos

Otros Ingresos:
- ○ VA (Militar)
- ○ SSI
- ○ SSDI
- ○ Pensión
- ○ Manutención de los hijos
- ○ Desempleo
- ○ TANF

Beneficios no monetarios:
- ○ SNAP (estampillas)
- ○ WIC
- ○ Sección 8
- ○ LIHEAP
- ○ HUD

Información de veteranos

¿Es usted, o alguien en el hogar, veterano, cónyuge sobreviviente de un veterano o dependiente de un veterano? SI | NO

En caso afirmativo, identifique qué miembro del hogar y encierre en un círculo la categoría que lo describe.

Miembro del hogar _____Veterano | Cónyuge sobreviviente | Dependiente de Veterano

Información adicional para los miembros del hogar (Marque todas las que correspondan)

¿Alguien tiene 60 años o más? SI|NO
¿Hay alguien en el hogar discapacitado? SI|NO
¿Hay niños de 5 años o menos? SI|NO

¿Alguien en su hogar tiene entre 14 y 24 años que no asiste a la escuela ni trabaja? SI | NO
¿Alguna vez ha recibido servicios de Cornerstone o CCAA en el pasado? SÍ | NO

Documentos necesarios

○ **Ingresos 2023: Últimos 30 días**
- Talones de Cheque
- Carta del Seguro Social 2023
- Carta de beneficios: VA, manutención, TANF Desempleo, etc.

○ **Documentos de identidad:**
- Actas de nacimiento: Todos los miembros
- Identificación – Adultos mayores de 18
- Seguro Social- Todos los miembros
- DD214- Si eres Veterano

○ **Facturas de servicios públicos actuales**
- La Luz
- Gas
- Propano
- Agua

TEXAS DEPARTMENT OF HOUSING AND COMMUNITY AFFAIRS
Household Status Verification Form

Programa de Verificación Sistemática de Extranjeros para la Otorgación de Beneficios (SAVE)

Formulario de Certificación del Cuidadano/Nacional de EEUU Solicitante para CEAP, DOE-WAP, LIHEAP-WAP Subrecipients, y SHTF, ESG, HHSP, EH (subdivisión política solamente)

El programa para el cual está aplicando requiere la verificación que usted es un ciudadano de los Estados Unidos de America (EEUU), un nacional no ciudadano, o un residente legal de los EEUU. Se requiere que el solicitante proporcione documentación de su ciudadanía de los EEUU o de su estatus migratorio en los EEUU. Esta agencia utiliza el Programa de Verificación Sistemática de Extranjeros para la Otorgación de Beneficios (SAVE) para verificar el estatus migratorio de personas que no son ciudadanos de los EEUU.

Nombre los miembros del hogar	Ciudadano de los Estados Unidos de America (Nacido o Naturalizado) o Nacional de los EEUU (Si o No)	Extranjero Calificado (Si o No)	Nombre los documentos proporcionados para:	
			Ciudadanía/Extranjero Calificado	Identificación

Para agregar miembros adicionales del hogar, use otra copia de este formulario.

Soy consciente de que puedo ser sometido a un proceso judicial por proporcionar información falsa o fraudulante.

Firma del Solicitante	**Fecha**

Firma del personal certificando la verificaron de documentos	**Imprima el nombre del personal**	**Fecha**

HSV Form: Updated 12/2019 **Previous Versions Obsolete**

Aplicación de Admisión

Estimado Solicitante::

La información en este formulario es necesario para determinar la elegibilidad de su hogar. Por favor complete esta forma y no dejar espacios en blanco.

Miembro de la familia	Relaciím con el aplicante A si mismo Esposo(a) niño Hermano (a) Nieto(a) Amigo Etc	#De seguro Social	Raza Indio Americano Nativo de Alaska Asiático Negro o Afro Americano Nativo de Hawaiano Isleño de Pacífico Blanco Multi-racial otro	Hispanic or Latino Si or No	Género Masculino Femenino Otro	Fecha de nacimiento			Edad	Incapacitado Sí o No	Tipo de seguro Compra directa Basado en el empleo Medicaid Medicare Tarjeta de salud militar Seguro estatal de salud infantil	Educación 0-8 9-12/ Graduado de secundaria/GED 12+colegio postsecundario 2-4 años posgrado/ otra escuela postsecundaria
						Día	Mes	Año				
1.	**A si mismo**											
2.												
3.												
4.												
5.												

DECLARATION OF INCOME STATEMENT
(DECLARACION DE INGRESOS)

Applicant Name (Nombre del Solicitante)	Applicant Last Name (Apellido)	Suffix (Sufijo)
Address (Dirección)	City (Ciudad)	Zip Code (Código Postal)

State the gross income for household members, 18 years and older, who have no documentation of the income received in the **30-day period** prior to the date of application for assistance: *(Declarar el ingreso recibido por los miembros de su hogar, que tienen 18 años de edad ó mas, y que no tienen documentación de ingresos por los 30 dias antes del aplicar paraasistencia)*

Name (Nombre)	Gross Income Received (Ingreso Bruto Recibido)
Name (Nombre)	Gross Income Received (Ingreso Bruto Recibido)
Name (Nombre)	Gross Income Received (Ingreso Bruto Recibido)
Name (Nombre)	Gross Income Received (Ingreso Bruto Recibido)

My household has no documented proof of income due to the following situation:
(Mi hogar no tiene prueba para documentar los ingresos por medio de tales razones):

_____

I certify that the above information is true and correct to the best of my knowledge and belief. *(Yo certifico que la información proveída de los ingresos es verdadera y correcta según mi saber y creencia.)*

I understand that the information will be verified to the extent possible; and that I may be subject to prosecution for providing false or fraudulent information. *(Comprendo que la información será verificada hasta donde sea posible y que puedo ser enjuiciado por haber proveído información falsa o fraudulenta.)*

_____ _____
(Applicant Signature/Firma del Solicitante) *(Date/Fecha)*

VALORACIÓN DE NECESIDAD

Indique qué necesidades tiene a continuación marcando con un círculo "sí" o "no" en cada casilla. Si marca "sí", explique la necesidad que tiene para que podamos evaluar cómo servirle mejor.

SERVICIO		EXPLICACION	SERVICIO		EXPLICACION
Necesidades básicas: Alimentos, ropa, cupones de alimentos, WIC, Meals on Wheels, emergencia, otros	SI No		Asesoramiento: Familia, Abuso de alcohol/sustancias, otros	SI No	
Ingresos: SSD, TANF, SS, SSI, VA, manutención infantil, presupuesto, otros	SI No		Transporte: al trabajo, cita con el médico, otros	SI No	
Empleo: En busca de un trabajo, asistencia para la búsqueda de empleo, currículum, otro	SI No		Necesidades de los veteranos: ayuda de servicios públicos de reparación del hogar Renta/Hipoteca Dental Reparación de transpiración/combustible	SI No	
Asistencia de servicios públicos: gas/propano, agua, Eléctrico, otro	SI No		Necesidades Legales: Manutención de los hijos, Penal, Civil, otros	SI No	
Necesidades de vivienda: refugio temporal, vivienda para personas de bajos ingresos, asistencia para el alquiler, climatización, reparaciones para personas sin hogar	SI No		Necesidades de salud: inmunizaciones, medicamentos, servicios de salud mental, otros	SI No	
Unidades de ventana de calefacción/refrigeración Calentadores eléctricos Calentador de gas	SI No		Educación: GED, inglés como segundo idioma, capacitación vocacional/técnica, etc.	SI No	
Cuidado de Niños/Cuidado de Ancianos, otro	SI No		Otras necesidades no identificadas en la evaluación	SI No	

Autorizaciones

Soy un solicitante de la Agencia de Acción Comunitaria Cornerstone. Por la presente, doy mi permiso para divulgar y verificar toda la información solicitada, incluida la verificación de empleo, facturas de servicios públicos y otros datos necesarios o para fines del programa. Entiendo que puedo solicitar una audiencia para apelar una denegación de elegibilidad.

Doy permiso para que se tomen mis comentarios y fotos con fines de identificación, proyectos, publicaciones, boletines y actividades promocionales para Cornerstone Community Action Agency

La información proporcionada en esta solicitud es verdadera y correcta según mi leal saber y entender. Entiendo que puedo estar sujeto a enjuiciamiento por proporcionar información falsa o fraudulenta

_____ _____

Firma de la solicitante Fecha Firma del personal de CCAA Fecha

SERVICIOS COMUNITARIOS

Certificación de Discapacidad

Nombre de solicitante:	
Nombre de la persona con discapacidad:	
Relación de la persona con discapacidad al solicitante:	

Personas con discapacidad—cualquier persona que es:

- Un individuo con discapacidad como se define en §7(9) de la ley de
- rehabilitación de 1973;

- Bajo una discapacidad tal y como se define en §1614(a)(3)(A) o §223(d)(1) de la ley de Seguridad Social o en §102(7) de los Servicios de discapacidad del desarrollo y la ley de construcción de instalaciones; o

- Recibiendo beneficios bajo 38 U.S.C. Chapter 11 o 15.

AUTORIZACIÓN DEL APLICANTE PARA DECLARAR SU DISCAPACIDAD:

Por lo presente autorizo con el propósito de confirmar mi elegibilidad como persona con discapacidad, de acuerdo con la definición anteriormente mencionada de personas con discapacidad..

_____ _____

Firma de la persona con discapacidad o su tutor Fecha

Consentimiento del cliente y divulgación de información

MID AMERICA ASSISTANCE COALITION

MAACLink es un sistema de computadora que se utiliza localmente como Sistema de Información Administrativa de Desamparados (Homeless Management Information System, HMIS). El Departamento de Vivienda y Desarrollo Urbano (Department of Housing and Urban Development, HUD) de los EE.UU. exige que las entidades que reciben fondos de HUD utilicen un HMIS. MAACLink no está conectado electrónicamente a HUD y solo lo utilizan las entidades autorizadas. Todos los usuarios de MAACLink han recibido capacitación sobre confidencialidad y han firmado acuerdos estrictos para proteger la información personal de los clientes y limitar su uso debidamente.

Hay un Aviso de privacidad disponible en las entidades participantes. Este da detalles sobre la manera en que las entidades y sus empleados manejan la información de clientes y comparten los datos.

Doy permiso a _ (nombre de la entidad) para recopilar e ingresar mi información personal y de núcleo familiar en el sistema de computadora MAACLink.

Entiendo que el sistema MAACLink es compartido y utilizado por entidades autorizadas en mi comunidad para:

1. Evaluar las necesidades de los desamparados, personas de bajos ingresos o con necesidades especiales con el fin de brindar una mejor asistencia y mejorar sus situaciones actuales y futuras.
2. Mejorar la calidad de la atención y el servicio para la gente que lo necesite.
3. Hacer seguimiento de la eficacia de la labor comunitaria para responder a las necesidades de las personas que han recibido asistencia.
4. Reportar datos generalizados que no identifican personas específicas ni sus datos personales.

Entiendo que:

- Todas las entidades que usan MAACLink tratarán mi información de manera profesional y confidencial.
- Firmar este formulario de divulgación no garantiza que yo vaya a recibir asistencia.
- Puede compartirse mi información con terceros (empresas de servicios públicos, arrendadores, etc.) con el fin de procesar el servicio que he solicitado.
- Tengo derecho a recibir una copia impresa de mi archivo de MAACLink.

☐ (Opcional) Marque esta casilla para dar su consentimiento acerca de que se coloque su foto en MAACLink.

Nombre del cliente (con letras de molde)	Firma del cliente	Fecha

Nombre del representante de la entidad (con letras de molde)	Firma del representante de la entidad	Fecha

Representante de la entidad:

☐ Marque esta casilla si no pudo obtener la firma del cliente y recibió en cambio el consentimiento verbal.

Cada entidad de MAACLink le pedirá firmar este formulario al menos una vez al año. Si después de dar su consentimiento usted decide que ya no desea que se ingrese su información en MAACLink, por favor complete el Formulario de revocación del cliente. Si usted no revoca esta autorización, vencerá automáticamente el_____ o un año después de la fecha en que firme y feche este formulario.