



Massachusetts Programa de Refugio Familiar de Emergencia de EA

This application is available in English
Esta solicitud está disponible en español.
Aplikasyon sa a disponib an kreyòl ayisyen

Este formulário está disponível em
português
Es kandidatura sta disponivel na kriolu di
Kabu Verdi.

Esta solicitud es el primer paso para acceder al refugio familiar de EA y otros beneficios. Solo las familias elegibles que no tienen un lugar seguro donde quedarse pueden obtener estos beneficios. Le haremos preguntas sobre las personas que traerá consigo al refugio. En esta solicitud los llamamos "miembros de la familia."

Esta aplicación tardará entre 20 y 30 minutos.

La solicitud le pedirá lo siguiente:

- Detalles sobre su vivienda durante los últimos 90 días.
- Los nombres, fechas de nacimiento y números de seguro social de todas las personas para las que está solicitando. No es necesario incluir un número de seguro social si no tienen uno.
- Información sobre las necesidades de su familia.
- Los ingresos de su familia
- Los activos de su familia

También tendrá que darnos documentos para comprobar algunas de las cosas que nos cuente sobre su familia. La solicitud se procesará más rápido si incluye todos estos documentos:

- Prueba de identidad de los adultos de la familia
- Prueba de estatus migratorio (si aplica)
- Prueba de relación familiar
- Prueba de residencia
- Prueba de ingresos y activos
- Prueba del motivo de la falta de vivienda.

También podremos solicitar otros documentos. **Tenga en cuenta que enviar esta solicitud no significa que esté aprobado para el refugio.**

Fecha de Hoy (Mes/Día/Año)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--



Ayuda Con Su Solicitud

Este es un documento importante. Antes de comenzar, debe saber que queremos asegurarnos de que pueda comprenderlo y completarlo bien.

¿Hay alguna persona que le ayude con esta solicitud? Podría ser un amigo de la familia o un defensor. Podemos contactarnos con esta persona.

☐ Sí ☐ No

En caso afirmativo, por favor danos la dirección de correo electrónico, número de teléfono y su relación con esta persona (familiar, defensor o amigo)

¿Necesita ayuda nuestra para completar esta solicitud?

☐ Sí ☐ No

¿Necesita ayuda para reunir y entregarnos los documentos para su solicitud?

☐ Sí ☐ No

Preguntas Básicas

Sin contarse a sí mismo, ¿para cuántas personas está usted solicitando?

¿Cuántos tienen menos de 21 años?

¿Está usted u otro miembro del hogar embarazada?

☐ Sí ☐ No

¿Vive usted o un miembro de su familia en Massachusetts?

☐ Sí ☐ No

¿Está solicitando refugio para que el DCF le devuelva a sus hijos?

☐ Sí ☐ No

¿Vino a este estado solo para conseguir refugio?

☐ Sí ☐ No

Por ley, las estadías en refugios tienen una duración limitada. Si se determina que usted es elegible para recibir beneficios de refugio, ¿planea quedarse en este estado cuando deje el refugio?

☐ Los miembros de mi hogar planean quedarse en MA.

☐ Los miembros de mi hogar no planean quedarse en MA.

(Se le pedirá información de sus familiares más adelante en esta solicitud)



Preguntas Básicas

¿Cuál fue el ingreso familiar total devengado durante los últimos 30 días? Los ingresos adquiridos incluyen el salario o la paga por un trabajo.

¿Cuál es su ingreso total no devengado de los últimos 30 días? *(Los ingresos no devengados incluyen el dinero del gobierno y el dinero que le paga alguien que no solicita refugio con usted. Algunos ejemplos son SSDI, asistencia en efectivo, manutención infantil y pensión alimentaria. No incluye SNAP ni cupones de alimentos.)*

¿Cómo llegó a quedarte sin hogar? Elija la situación que mejor se aplique a usted:

- ☐ Violencia doméstica o abuso
- ☐ Desalojo (un juez le ordenó que se fuera o usted firmó un "Acuerdo conciliatorio" en el tribunal).
- ☐ Mi hogar no es seguro para que viva mi familia.
- ☐ Incendio, inundación o desastre natural que pasó en Massachusetts
- ☐ Se le pidió que abandonara un programa de vivienda para adolescentes
- ☐ Si no conseguimos un refugio hoy, dormiremos en un lugar que no está destinado a ser habitado. (Por ejemplo, un automóvil, un hospital o un aeropuerto)
- ☐ Cualquier otra razón (Explique a continuación).

Información sobre usted

Nombre

Apellido

Fecha de Nacimiento (Mes/Día/Año)

--	--	--	--	--	--	--	--

Raza y Etnicidad

- ☐ Indio americano/nativo de Alaska o indígena
- ☐ Asiático o asiático americano
- ☐ Negro, afroamericano o africano
- ☐ Hispano/Latina/e/o
- ☐ Oriente Medio o África del Norte
- ☐ Nativo de Hawaii o de las islas del Pacífico
- ☐ Blanco
- ☐ No lo sé
- ☐ Prefiero no responder

Número de teléfono

Tipo de teléfono: ☐ Móvil ☐ Otras

¿Da usted su consentimiento para recibir mensajes de texto?

☐ Sí ☐ No



Su Información

Dirección de correo electrónico

Género

- ☐ Mujer
- ☐ Hombre
- ☐ Identidad culturalmente específica
(por ejemplo, dos espíritus)
- ☐ Transgénero
- ☐ No binario
- ☐ En duda
- ☐ Identidad diferente
- ☐ No lo sé
- ☐ Prefiero no responder

Dirección donde se hospeda

Ciudad

Estado

Código postal

¿Su dirección postal es diferente a su dirección actual?

☐ Sí ☐ No

Si es así, por favor, indíquenos su dirección postal

Ciudad

Estado

Código postal

Su Información de Antecedentes

¿Alguna vez ha servido en el servicio militar activo en los Estados Unidos?

☐ Sí ☐ No

¿Es usted ciudadano estadounidense?

☐ Sí ☐ No

(Si es así, por favor, vaya a la sección "Sus ingresos financieros" en la página 5)

Si No, ¿Tiene una tarjeta de residencia permanente (tarjeta verde)?

☐ Sí ☐ No

Si No ¿En qué fecha ingresó a los Estados Unidos?



Su Información de Antecedentes

¿Cuánto tiempo lleva usted viviendo en Massachusetts?

- ☐ Menos de 30 días
- ☐ 31-90 días
- ☐ Más de 90 días

Si tiene menos de 91 días, ¿en qué fecha ingresó a Massachusetts? (Mes/Día/Año)

Si tiene menos de 91 días, antes de venir aquí, ¿dónde estaba viviendo?

¿Tiene usted otro estatus migratorio en los EE.UU.? Por ejemplo: TPS, F-1, U-Visa, T-Visa, etc.

- ☐ Sí ☐ No

Si no tienen ningún otro estatus migratorio, ¿el gobierno de Estados Unidos le permite vivir en el país sin intentar obligarlo a irse de inmediato? Esto también se conoce como residir permanentemente bajo apariencia de legalidad. Por ejemplo: I-94, Solicitud de asilo pendiente (I-589), Petición de ciudadanía pendiente (I-130).

- ☐ Sí ☐ No

¿Cuál es el número de caso de su tribunal de inmigración? Esto también se llama su Número A

¿Tiene usted un permiso de trabajo del gobierno de EE.UU. para trabajar aquí?

- ☐ Sí ☐ No

De responder no, ¿está esperando que el gobierno de EE. UU. decida sobre una solicitud de permiso de trabajo?

- ☐ Sí ☐ No

¿Cuáles son sus países de ciudadanía ?

Su información financiera

¿Usted o algún miembro de su familia ha recibido algún ingreso en los últimos 30 días?

- ☐ Sí ☐ No

¿Recibe beneficios de otro estado en los EE. UU.? Algunos ejemplos podrían incluir programas de asistencia de alimentos (como SNAP), asistencia en efectivo (como TANF), vivienda subsidiada por el gobierno (como vivienda pública) y asistencia médica (como Medicaid).

- ☐ Sí ☐ No

Si es así, ¿cuál estado?



Su información financiera

¿Tiene usted o algún miembro de su familia algún activo?

☐ Sí ☐ No

¿Han cambiado recientemente los ingresos de su familia o espera que cambien pronto?

☐ Sí ☐ No

Si es así, explique:

Información sobre antecedentes criminales

*Si es elegible para el refugio familiar, queremos colocar a su familia en el refugio adecuado. Las respuestas a esta pregunta **podrían** afectar su elegibilidad. La respuesta nos ayudará a seleccionar el refugio adecuado para su familia.*

¿Ha sido declarado culpable de algún delito por un tribunal?

☐ Sí ☐ No

¿Tiene actualmente cargos penales pendientes?

☐ Sí ☐ No



Motivo de la Falta de Vivienda

¿Ha sido usted inquilino en una vivienda pública o subvencionada en los últimos 3 años? *(Este es el tipo de vivienda en la que el alquiler varía si cambian sus ingresos)*

☐ Sí ☐ No *(Si la respuesta es no, pase a la página siguiente.)*

Si es así, explique:

Si es así, durante el último año, ¿se mudó de este tipo de vivienda sin ser desalojado?

☐ Sí ☐ No

En los últimos 3 años, ¿fue usted desalojado de este tipo de vivienda por cometer fraude?

☐ No pagar el alquiler ☐ Fraude

En caso afirmativo, explique por qué:

¿El motivo por el cual lo(a) desalojaron o se mudó estuvo relacionado con una discapacidad o un problema médico?

☐ Sí ☐ No

Desde que se mudó, ¿ha vivido en otro lugar donde el propietario le dio permiso para vivir allí?

☐ Sí ☐ No

Si es así, explique:

¿El motivo por el cual lo(a) desalojaron o se mudó estuvo relacionado con violencia doméstica?

☐ Sí ☐ No

Si es así, describa el/los incidente(s) reciente(s).

Y si es así, indíquenos la ubicación, la fecha y el nombre completo del/de la perpetrador(a):

¿Es seguro llamarle al número de teléfono que proporcionó en la solicitud?

☐ Sí ☐ No



Motivo de la Falta de Vivienda – El Desalojo

(Responda solo si marcó "Desalojo" en la página 3.)

Me están desalojando porque: *(Marque todo lo que corresponda)*

- ☐ Condena: El gobierno dijo que no se puede vivir en mi hogar.
- ☐ Ejecución hipotecaria: El dueño de mi hogar entregó mi hogar al banco o a otra persona (y no fue mi culpa).
- ☐ No renovación del contrato de arrendamiento: Mi arrendador no renovó mi contrato de arrendamiento a pesar de que no lo violé.
- ☐ Conducta ajena: Las acciones de alguien sobre quien no tuve control. Esa persona no está solicitando refugio conmigo.
- ☐ Falta de pago del alquiler:
- ☐ No pagué el alquiler debido a un problema médico o una discapacidad. *(Explique a continuación).*
 - ☐ No pagué el alquiler porque mi familia perdió ingresos. La pérdida de ingresos no fue mi culpa.
 - ☐ No pagué el alquiler porque los ingresos de mi familia disminuyeron cuando alguien se mudó.
 - ☐ Otro (Explique a continuación).
- ☐ Actividad criminal:
- ☐ Cometí el crimen porque un abusador me obligó a hacerlo. Habría sido peligroso para mí no participar.
 - ☐ Cometí el delito, pero estaba relacionado con un problema médico o una discapacidad.
 - ☐ Alguien que no solicitó refugio conmigo cometió el delito.
- ☐ Daños a la propiedad:
- ☐ Un miembro de la familia causó daños a la propiedad.
 - ☐ Los daños materiales fueron resultado de violencia doméstica.
 - ☐ El daño a la propiedad fue resultado de un problema médico o discapacidad.

Usted seleccionó "otro" motivo como razón de su desalojo. Explique:



Motivo de la falta de vivienda– Violencia Doméstica

(Responda solo si marcó "Violencia doméstica o abuso" en la página 3)

Usted indicó que el motivo de su situación de falta de vivienda se debe a Violencia doméstica. Responda las siguientes preguntas lo mejor que pueda para ayudarnos a encontrarle una vivienda segura más rápidamente. Si no se siente cómodo(a) respondiendo estas preguntas, puede dejarlas en blanco. Un coordinador de personas sin hogar se comunicará con usted para obtener más información.

Descripción del/de los incidente(s) reciente(s):

Ubicación del último incidente:

Nombre y apellido del/de la perpetrador(a)

Fecha del último incidente:
(Mes/Día/Año)

¿Es seguro llamarle al número de teléfono que proporcionó en la solicitud?

☐ Sí ☐ No

Motivo de la Falta de Vivienda – Abandonar programas de vivienda para adolescentes

¿Le pidieron que abandonara tres programas de vivienda para adolescentes?

☐ Sí ☐ No

En caso afirmativo, explique por qué::



Información de Antecedentes de los Miembros de la Familia

Introduzca los detalles para el/los otro(s) miembro(s) de la familia que se quedará(n) con usted en el refugio. No es necesario que se ingrese usted mismo ya que ha proporcionado su información.

Nombre completo: (Incluir todos los miembros de la familia)	Género*	Raza y etnicidad**	Relación con el jefe de familia	Fecha de nacimiento

Utilice una de estas opciones cuando complete las columnas de Género y Raza/Etnicidad anteriores.

* Opciones de Género:		** Opciones de Raza y Etnicidad:	
Mujer (Chica, si es niña)	En duda	Indio americano/nativo de Alaska o indígena	Indio americano/nativo de Alaska o indígena
Hombre (Chico, si es niño)	Identidad diferente	Asiático o asiático americano	Blanco
Identidad culturalmente específica (por ejemplo, dos espíritus)	No lo sé	Negro, afroamericano o africano	No lo sé
Transgénero	Prefiero no responder	Hispano/Latina/e/o	Prefiero no responder
No binario		Oriente Medio o África del Norte	



Información de Antecedentes de los Miembros de la Familia

Introduzca los detalles para el/los otro(s) miembro(s) de la familia que se quedará(n) con usted en el refugio. No es necesario que se ingrese usted mismo ya que ha proporcionado su información.

Nombre completo: (Incluir todos los miembros de la familia)	¿Reciben beneficios* de otro estado en los EE. UU.? (Por favor, incluir qué estado.)	¿Asiste a la escuela?, Si es así, ¿qué grado?	Nombre y dirección de la escuela

*Algunos ejemplos podrían incluir programas de asistencia de alimentos (como SNAP), asistencia en efectivo (como TANF), vivienda subsidiada por el gobierno (como vivienda pública) y asistencia médica (como Medicaid).



Información de Antecedentes de los Miembros de la Familia

Introduzca los detalles para el/los otro(s) miembro(s) de la familia que se quedará(n) con usted en el refugio. No es necesario que se ingrese usted mismo ya que ha proporcionado su información.

Nombre completo: (Incluir todos los miembros de la familia)	¿Ciudadano? (Sí/No)	¿Cuánto tiempo tiene viviendo en el estado? (Número de días)	¿Si fueron menos de 91 días, ¿en qué fecha entraron en MA? (Incluir la fecha)	Si menos de 91 días, antes de venir aquí, ¿dónde vivían antes?

Si no es ciudadano y vive en Massachusetts por menos de 91 días, ¿Tiene un número de caso del tribunal de inmigración? Esto también se llama su Número A.



Información de Antecedentes de los Miembros de la Familia

Introduzca los detalles para el/los otro(s) miembro(s) de la familia que no son ciudadanos de EE. UU. No es necesario que se ingrese usted mismo ya que ha proporcionado su información.

Nombre completo: (Incluir todos los miembros de la familia)	¿Tiene una tarjeta de residencia permanente (tarjeta verde)? (Sí/No)	Si no ¿Tiene otro estatus migratorio en los EE.UU.? (TPS, F-1, etc.) (Sí/No)	País de ciudadanía (no de EE. UU.)	Fecha en que ingresó a los EE. UU.



Información de Antecedentes de los Miembros de la Familia

Introduzca los detalles para el/los otro(s) miembro(s) de la familia que no son ciudadanos de EE. UU y no tiene una tarjeta de residencia permanente (tarjeta verde) ni otro estatus migratorio. No es necesario que se ingrese usted mismo ya que ha proporcionado su información.

Nombre completo: (Incluir todos los miembros de la familia)	¿Tiene el estatus PRUCOL*? (Sí/No)	País de ciudadanía (no de EE. UU.)	Fecha en que ingresó a los EE. UU.

* PRUCOL – Esto también se conoce como residir permanentemente bajo apariencia de legalidad. Por ejemplo: I-94, Solicitud de asilo pendiente (I-589), Petición de ciudadanía pendiente (I-130).



Información sobre antecedentes criminales

Responda las preguntas de esta página solo si indicó que tiene antecedentes penales en su familia. . Debe agregar antecedentes penales de los miembros que haya indicado que tienen antecedentes penales para continuar.

Si es elegible para el refugio familiar, queremos colocar a su familia en el refugio adecuado. Las respuestas a esta pregunta podrían afectar su elegibilidad. La respuesta nos ayudará a seleccionar el refugio adecuado para su familia. Su solicitud puede ser rechazada si no revela sus antecedentes penales.

Nombre del miembro del hogar que tiene antecedentes penales:

¿Se le determinó culpable de este delito en un tribunal o los cargos actualmente están pendientes?

☐ Declarado Culpable ☐ Cargos pendientes

¿De qué delito fue declarado culpable? Por favor, incluya el nivel del delito (por ejemplo, delito menor o delito grave.)

¿En qué estado o territorio ocurrió la condena?

¿En qué tribunal se dictó la condena?

☐ Federal ☐ Estatal ☐ Condado ☐ Otro

Si seleccionó otro, por favor, explique _____ :

¿Dónde se produjo la acusación penal actualmente pendiente?



Ingresos familiares

Agregue detalles de ingresos antes de aplicar los impuestos para todas las personas que estarán en el refugio con usted. Los ingresos incluyen el pago o salario por un trabajo, dinero del gobierno (ejemplos: SSDI o asistencia en efectivo) y dinero que le paga alguien que no solicita refugio con usted (ejemplos: manutención infantil o pensión alimentaria). Los ingresos no incluyen SNAP ni cupones de alimentos.

Nombre completo: (Miembros de la familia)	Fuente de Ingresos	Ingresos familiares en los últimos 30 días
	Los ingresos incluyen lo siguiente: Ingresos laborales (salarios, autónomos, etc.)	
	Los ingresos incluyen lo siguiente: Pagos de prestaciones del gobierno, como: TAFDC, EAEDC, Seguro de jubilación, para sobrevivientes e incapacidad (RSDI), Ingreso de Seguridad Suplementario (SSI), SSDI, beneficios de desempleo, compensación para trabajadores, beneficios para veteranos, beneficios por pensión	
	Los ingresos incluyen lo siguiente: dinero que le paga alguien que no solicita refugio con usted, como: pensión alimentaria o manutención de los hijos	
	Los ingresos incluyen lo siguiente: otra ayuda financiera como: ayuda para pagar facturas.	
	Ingreso Total	



Activos familiares

Agregue los activos que pertenecen a todas las personas que estarán en el refugio con usted. Los activos incluyen cuentas corrientes, de ahorro y de jubilación (IRA y 401K). Además, los activos incluyen automóviles y otros artículos como objetos de valor o propiedades.

Nombre completo: (Miembros de la familia)	Descripción del activo	Valor del activo
	Cuenta corriente bancaria	
	Cuenta de ahorros	
	Cuenta de jubilación (IRA, 401K)	
	Automóvil (Por favor, proporcione más detalles a continuación)	
	Otros (por ejemplo, objetos de valor, propiedades) (Por favor, proporcione más detalles a continuación)	
	Ingreso Total	

Si tienes un automóvil - ¿Cuál es la marca del automóvil? ¿Cuál es el modelo del automóvil? ¿Cuál es el año del automóvil? ¿Cuál es el kilometraje estimado? ¿Tiene usted un préstamo para un automóvil o está arrendando su vehículo?

Si tienes otros activos, por favor explique:



Opciones de vivienda

¿Dónde se alojó anoche?

Agregar detalles sobre dónde se hospeda actualmente y todos los lugares en los que se ha hospedado durante los últimos 90 días. (Por favor incluya direcciones, fechas de inicio/finalización, nombres del anfitrión/propietario, números de teléfono y el motivo por el cual se fue).



Opciones de vivienda

¿Podrías quedarte en alguno de estos lugares a partir de esta noche?

☐ Sí ☐ No

Si es así, ¿Por cuánto tiempo?

Si no, ¿Por qué no?

¿Se trata de una vivienda pública o subvencionada? Este es el tipo de vivienda en el que el alquiler varía si cambian los ingresos del inquilino.

☐ Sí ☐ No

Si es así, explique:

Opciones de vivienda

¿Alguien en su familia tiene alguna discapacidad o problema médico que le impida permanecer en este lugar?

☐ Sí ☐ No

¿Ha habido violencia contra algún miembro de su familia en este lugar?

¿Alguien que vive en este lugar ha lastimado a alguien de su familia?

☐ Sí ☐ No

¡Importante! Nos gustaría ponernos en contacto con las personas con las que se ha alojado en los últimos 90 días para ver si le permiten quedarse con ellas.

¿Tiene usted miedo de que alguien le haga daño a usted o a un miembro de su familia si nos comunicamos con ellos?

☐ Sí ☐ No

En caso afirmativo, ¿hay alguna persona segura con quien podamos contactarnos y que pueda decirnos por que tiene miedo?

☐ Sí ☐ No

En caso afirmativo, indíquenos su nombre, número de teléfono y relación con usted:



Información de colocación

Si reúne los requisitos para un refugio familiar, queremos ubicar a su familia en el centro más adecuado. Sus respuestas a estas preguntas no afectarán su elegibilidad, pero nos ayudarán a seleccionar el refugio más adecuado para su familia.

¿El cuidador principal de su familia tiene más de 70 años?

☐ Sí ☐ No

¿Alguien en su familia tiene una condición médica crónica tratada con un medicamento que requiere refrigeración?

☐ Sí ☐ No

¿Alguien en su familia necesita equipo médico especial para ayudarlo con las tareas cotidianas, como comer, respirar o beber?

☐ Sí ☐ No

¿Alguien en su familia tiene una enfermedad inmunodepresora, que incluya, entre otras cosas, tratamiento de quimioterapia activo, VIH no tratado, enfermedad de células falciformes o esté tomando medicamentos para un trasplante de órgano?

☐ Sí ☐ No

¿Alguien en su familia tiene al menos tres (3) condiciones crónicas, incluidas, entre otras, diabetes, presión arterial alta, asma, enfermedad cardíaca, enfermedad mental grave, trastorno por uso de sustancias u otras?

☐ Sí ☐ No

Para miembros de la familia de 5 años o más: ¿Algún miembro de su familia tiene (o se sospecha que tiene) una discapacidad intelectual y/o del desarrollo que hace que sea difícil o imposible realizar actividades importantes (por ejemplo, moverse, cuidar de sí misma, comunicarse, aprender, tomar la iniciativa, vivir de forma independiente o ser económicamente autosuficiente) sin ayuda?

☐ Sí ☐ No

Para miembros de la familia menores de 5 años: ¿Algún miembro de su familia tiene un retraso significativo en el desarrollo o una condición congénita o adquirida específica que tiene una alta probabilidad de resultar en una discapacidad del desarrollo si no se le brinda atención?

☐ Sí ☐ No

Si usted o alguien de su familia está embarazada, ¿Cuál es su fecha estimada de parto?

Fecha de Hoy (Mes/Día/Año)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

¿Es un embarazo de alto riesgo?

☐ Sí ☐ No



Información de colocación

Es posible que alguien del Departamento de Salud Pública necesite verificar algunas de sus respuestas. ¿Cómo preferiría que completaran esta evaluación?

☐ Presencial

☐ Virtual

¿Alguno de los miembros de su familia está registrado en el Registro de Delincuentes Sexuales como delincuente sexual de Nivel 2 o Nivel 3? (Esto no afectará mi elegibilidad para refugio. Esto puede afectar el lugar donde nos ubican en el refugio.)

☐ Sí ☐ No

Si es así, Nivel dentro del Registro de Delincuentes Sexuales:

☐ Nivel 2 ☐ Nivel 3

¿Está algún miembro del hogar obligado a cumplir con una orden judicial u otra orden gubernamental que afecte la ubicación?

☐ Sí ☐ No

Si es así, ¿cómo afecta la orden judicial u otra orden gubernamental a la colocación?



Información sobre la discapacidad

Información sobre la discapacidad: Si necesita ayuda adicional debido a una discapacidad, puede solicitar una adaptación adecuada. Para agregar una solicitud de adaptación adecuada para alguien de su familia, Por favor complete las siguientes seis (6) páginas.

nombre del miembro del hogar:

Marque todas las casillas que correspondan a este miembro del hogar que necesita la adaptación. (Botón de selección múltiple):

- ☐ Solicito una colocación en un determinado tipo de refugio debido a una discapacidad.

Si está marcado, ¿Qué tipo de refugio necesita?

- ☐ Necesito estar en un refugio donde no comparta espacio con otras familias.

- ☐ Necesito vivir cerca de un área o lugar determinado debido a una discapacidad.

Si está marcado, Por favor, díganos la zona o ubicación cerca de la cual necesita vivir.

- ☐ Necesito una habitación lo suficientemente grande como para que quepa mi equipo médico.

Si está marcado, escriba el equipo médico que tiene:

- ☐ Recibo medicamentos que deben mantenerse fríos. Necesito un espacio refrigerado para conservarlos.

- ☐ Tengo necesidades alimenticias especiales. Necesito acceso a un espacio para cocinar, o tiempo extra para cocinar, para seguir mi alimentación especial.

- ☐ Necesito una modificación en las reglas de restricción horaria del refugio. Debido a mi discapacidad, necesito salir temprano en la mañana o regresar tarde en la noche.



Información sobre la discapacidad

Marque todas las casillas que correspondan a este miembro del hogar que necesita la adaptación. (Botón de selección múltiple).

- ☐ Necesito una unidad con características especiales.
- ☐ Necesito un refugio que no tenga alfombras.
- ☐ No puedo subir escaleras. Necesito un refugio donde no tenga que subir escaleras.
- ☐ No puedo subir más de cierta cantidad de escalones. Necesito un refugio donde no tenga que subir más que este número de escalones."
Si está marcado, ¿Podría mencionar el número de escalones que puede subir?
- ☐ Utilizo una silla de ruedas. Necesito una habitación que sea accesible para sillas de ruedas en el refugio.
- ☐ Utilizo una silla de ruedas. Necesito una ducha o una bañera en la que pueda acceder andando con mi silla de ruedas, o que tenga un corte lateral para ingresar.
- ☐ Tengo problemas para sentarme y pararme. Necesito barras de apoyo que me ayuden a usar la ducha o la bañera.
- ☐ Tengo problemas para sentarme y pararme. Necesito barras de apoyo para ayudarme a usar el baño.
- ☐ Necesito una silla en mi ducha o bañera.
- ☐ Necesito un cabezal de ducha de mano.
- ☐ Soy sordo o tengo problemas de audición. Necesito una alarma que sacuda la cama para despertarme.
- ☐ Soy sordo o tengo problemas de audición. Necesito un timbre intermitente que me avise cuando hay gente en la puerta de mi habitación.
- ☐ Soy sordo o tengo problemas de audición. Necesito una alarma de incendio intermitente que me avise cuando hay un incendio. También necesito que la alarma contra incendios sacuda mi cama en caso de que esté durmiendo.
- ☐ No puedo ver o tengo problemas en la vista. Necesito ayuda para encontrar cosas en mi refugio. Necesito cosas como el braille o pegatinas en mis electrodomésticos.
- ☐ No puedo ver o tengo problemas en la vista. Necesito que me proporcionen documentos en braille o que me los lean en voz alta.



Información sobre la discapacidad (una adaptación adecuada)

Marque todas las casillas que correspondan a este miembro del hogar que necesita la adaptación. (Botón de selección múltiple)

- ☐ Solicitud relacionada con la comunicación.
- ☐ No puedo leer o tengo problemas para ello. Necesito que me lean documentos importantes.
 - ☐ Tengo problemas para recordar cosas. Necesito que el personal del refugio me ayude a comprender lo que debo hacer y otra información que necesito tener en claro.
 - ☐ Tengo problemas para recordar cosas. Necesito que el personal me escriba las cosas en un lenguaje sencillo.
 - ☐ Soy sordo o tengo problemas de audición y necesito ayuda para comunicarme. Por ejemplo, interpretación de lengua de señas y servicio de retransmisión de telecomunicaciones.

- ☐ Solicitud de un animal de servicio o animal de apoyo.

- ☐ Tengo un animal que necesito en el refugio. El animal es un perro entrenado para realizar tareas específicas para mí (un animal de servicio).
Si está marcado, ¿Para qué trabajo o tarea se ha entrenado al perro? Describa:

- ☐ Tengo un animal de apoyo emocional que necesito en el refugio debido a mi discapacidad.
- ☐ Tengo otro tipo de animal de apoyo que necesito en el refugio debido a mi discapacidad.

Si está marcado, Describa qué otro tipo de animal de apoyo necesita en el refugio debido a su discapacidad::



Información sobre la discapacidad

Marque **TODAS** las casillas que correspondan a este miembro del hogar que necesita la adaptación.

☐ Necesito un asistente de cuidado personal (PCA).

Usted seleccionó que necesita un asistente de cuidado personal (PCA). Necesitará responder más preguntas. Se tratarán sobre su asistente de cuidado personal. O bien se tratarán sobre sus necesidades de asistencia para el cuidado personal.

¿Cómo se llama su asistente de cuidado personal?

¿Cuál es su relación con usted?

¿Esta persona trabaja con una agencia?

☐ Sí ☐ No

Si es así, ¿Cómo se llama la agencia?

¿Cuántas veces a la semana necesita al PCA?

¿Aproximadamente cuantas horas al día necesita al PCA?

¿Necesita al PCA durante la noche?

☐ Sí ☐ No

☐ Perdí mi vivienda por una razón que comúnmente no calificaría para el programa EA. La razón por la que perdí mi vivienda estaba relacionada con mi discapacidad.

De ser seleccionado, por favor explique:



Información sobre la discapacidad

Marque **TODAS** las casillas que correspondan a este miembro del hogar que necesita la adaptación.

☐ Otras adaptaciones.

De ser seleccionado, por favor explique:

Díganos, en la siguiente pregunta, por qué necesita ayuda para cada casilla que marcó. Denos tantos detalles como pueda sobre la ayuda que necesita. Por favor:

- Explique cómo se relaciona la ayuda con su discapacidad.
- Explique por qué necesita ayuda para beneficiarse del programa EA.
- Comparta cualquier detalle adicional sobre la ayuda que necesita.
- Si tiene un documento sobre la ayuda que necesita, inclúyala con esta solicitud. Habrá una oportunidad de cargar documentos al final de la solicitud. Esta carta debe provenir de alguien que tenga conocimiento directo de sus necesidades de discapacidad.



Información sobre la discapacidad

Es posible que EOHLC necesite verificar su discapacidad con un profesional calificado, como un proveedor de atención médica o un asistente social. Si es así, ¿le gustaría que EOHLC se comuniquen con ellos directamente en su nombre o le gustaría comunicarse usted con ellos?

- ☐ EOHLC puede comunicarse con el proveedor en mi nombre

De ser seleccionado: ¿Cuál es el nombre y el número de teléfono de su proveedor ?

- ☐ Trabajaré con mi proveedor para proporcionar a EOHLC la información necesaria. *(Su proveedor deberá completar un formulario de autorización para proveedores. Por favor, trabaje con su coordinador de personas sin hogar para completar esto).*



Tipos de documentos necesarios

Le pediremos documentos para la solicitud. Mantendremos privada su información.

Documentos que necesitamos antes de ofrecerle refugio Familiar de Asistencia de Emergencia (EA):

Prueba de identidad y relación familiar:

¿Por qué?

Necesitamos saber más sobre usted y sus hijos para confirmar que todos son parte de una familia. En el programa, una familia debe incluir a un menor de 21 años o a una persona embarazada. Una familia también puede incluir lo siguiente:

- Padres o tutores
- Cónyuges
- Hermanos
- Padrastrós
- Hermanastros
- Medio hermanos
- Parientes que se encargan del menor porque no hay un padre en la familia.

Otros documentos necesarios

Documentos que muestran residencia en Massachusetts para cada persona que busca refugio:

¿Por qué?

Este programa es para familias que están en Massachusetts y planean quedarse aquí.

Documentos que muestran el motivo de la falta de vivienda

¿Por qué?

Solo podemos ayudar a familias que se encuentran sin hogar por determinadas razones. También podemos ayudar a algunas familias que no tienen un lugar seguro donde quedarse.

Información financiera – Activos e Ingresos

¿Por qué?

Solo podemos ayudar a las familias que están por debajo de nuestros límites de ingresos y activos.

Documentos de Ciudadanía o Inmigración para cada persona que busca refugio:

¿Por qué?

Necesitamos asegurarnos de que todos los miembros de la familia estén legalmente presentes en los EE. UU. o que un niño de mi familia tenga un estatus elegible.



Reconocimientos

Lea atentamente cada declaración y luego coloque sus iniciales en los cuadros siguientes:

Tus Iniciales

La información contenida en esta solicitud es verdadera según mi leal saber y entender. Entiendo que debo proporcionar documentos para respaldar mi solicitud.

Tus Iniciales

Entiendo que se revisará el Registro de Delincuentes Sexuales para ver si algún miembro de la familia es un delincuente sexual registrado. Esto no afectará mi elegibilidad para refugio. Esto puede afectar el lugar donde nos ubican en el refugio.

Tus Iniciales

Entiendo que si me voy o me expulsan del refugio, no seré elegible para el refugio familiar de emergencia de EA durante 12 meses.

Tus Iniciales

Entiendo que debo firmar un formulario que permite una verificación de antecedentes penales, Información de Antecedentes Penales de Massachusetts (CORI). Entiendo que los resultados de mi CORI pueden afectar mi elegibilidad y el lugar donde mi familia se coloca en el refugio.

Tus Iniciales

Soy residente de Massachusetts con intención de permanecer en Massachusetts. Tengo o proporcionaré documentación de cada adulto de mi familia para demostrar esto.

Tus Iniciales

Todos los miembros de mi familia se encuentran legalmente en los EE.UU o un niño en mi familia tiene un estado elegible. Tengo o proporcionaré documentación para comprobarlo.



Reconocimientos

Al firmar, confirmo que esta solicitud está completa. Confirmo que la información que proporcioné aquí es correcta.

Firma del solicitante

Fecha de Hoy (Mes/Día/Año)

--	--	--	--	--	--	--	--

Firma de otro adulto

Fecha de Hoy (Mes/Día/Año)

--	--	--	--	--	--	--	--

Firma de otro adulto

Fecha de Hoy (Mes/Día/Año)

--	--	--	--	--	--	--	--

Firma de otro adulto

Fecha de Hoy (Mes/Día/Año)

--	--	--	--	--	--	--	--

Recibo de las Reglas uniformes del programa de refugio familiar

(El coordinador para personas sin hogar debe proporcionarle una copia del "Summary of Emergency Assistance(EA) Uniform Shelter Program Rules" documento. Lea atentamente la declaración. Luego, firme, imprima e inserte la fecha de hoy.

Al firmar, confirmo que recibí una copia de las Reglas uniformes del programa de refugio. Entiendo que mi familia tendrá que seguir las Reglas uniformes del programa de refugio cuando estemos en el refugio. También entiendo que, si mi familia no obedece las reglas, puede ser expulsada del refugio.

Firma del solicitante

Fecha de Hoy (Mes/Día/Año)

--	--	--	--	--	--	--	--



Consentimiento voluntario para compartir información.

Sección 1: Consentimiento para compartir y recibir información acerca de usted y su familia.

Entiendo que la Oficina Ejecutiva de Vivienda y Comunidades Habitables (EOHLC) puede necesitar información de otros sobre mi familia para saber si soy elegible para el programa de Asistencia de Emergencia (EA).

Doy permiso a cualquier agencia gubernamental, organización, proveedor médico, empresa, empleador o persona para compartir información sobre mí y mis familiares menores de edad con EOHLC. Entiendo que la información puede incluir copias de registros en papel o electrónicos.

Entiendo que EOHLC puede necesitar compartir con otros información sobre mi familia para ejecutar el programa de EA. También entiendo que esto puede suceder incluso después de que mi familia sea considerada elegible para el programa de EA. Doy permiso a EOHLC para compartir información sobre mí y mi familia con agencias gubernamentales, investigadores y organizaciones que trabajan con EOHLC. Entiendo que EOHLC todavía tiene que cumplir con las leyes de privacidad estatales.

Section 2: Firmas de todos los miembros adultos de la familia (que tengan 18 años o más).

Al firmar a continuación, doy permiso a EOHLC para compartir y recibir información sobre mí y los miembros menores de la familia enumerados en este formulario.

Nombre en letra de imprenta del solicitante

Firma del solicitante

Fecha de Hoy (Mes/Día/Año)

--	--	--	--	--	--	--	--

Nombre en letra de imprenta del otro adulto

Firma de otro adulto

Fecha de Hoy (Mes/Día/Año)

--	--	--	--	--	--	--	--

Nombre en letra de imprenta del otro adulto

Firma de otro adulto

Fecha de Hoy (Mes/Día/Año)

--	--	--	--	--	--	--	--

Nombre en letra de imprenta del otro adulto

Firma de otro adulto

Fecha de Hoy (Mes/Día/Año)

--	--	--	--	--	--	--	--

