



SOLICITUD DE ADMISIÓN 2022

Programas De Servicios Comunitarios Disponibles:

- ❖ PROGRAMA DE ASISTENCIA DE ENERGIA A LARGO PLAZO -CEAP
- ❖ PROGRAMA DE AUTOSUFICIENCIA – CSBG

El no proporcionar información completa y precisa puede resultar en la negación de su solicitud

Artículo Necesario	Programa de Asistencia de Energía- CEAP	Programa de Autosuficiencia- CSBG	
PROPORCIONAR PRUEBAS DE TODOS LOS INGRESOS	Comprobante de TODOS los ingresos corrientes de los últimos 30 días para TODOS los miembros del hogar. <u>Vea pág. 6</u>	Comprobante de TODOS los ingresos corrientes de los últimos 30 días para TODOS los miembros del hogar. <u>Vea pág. 6</u>	
PROPORCIONAR PRUEBA DE IDENTIDAD <i>(Por favor de llamar para documentos alternativos a 512-255-2202)</i>	<ul style="list-style-type: none"> 18 años o más -Tarjeta de Identificación o Licencia de Conducir emitida por el Estado Menores de 18 años: La identificación válida del padre debe coincidir con el certificado de nacimiento. <u>Vea pág. 2</u> <i>Para TODOS los adultos y niños, familia extendida, amigos, compañeros de cuarto, etc. que VIVAN en el hogar.</i>	<ul style="list-style-type: none"> Prueba de identidad del solicitante SOLAMENTE si está interesado en el Programa de Autosuficiencia. 	
PROPORCIONAR PRUEBA DE CIUDADANÍA o RESIDENCIA LEGAL: Para cada miembro del hogar (incluyendo los menores)	Verificación de Ciudadanía. <u>Vea pág. 2</u> <ul style="list-style-type: none"> Pasaporte EE. UU Certificado de nacimiento emitido por el Estado Tarjeta de Residencia Permanente 		
Verificación Sistemática de Extranjeros (SAVE)	Este formulario debe ser completado, firmado y pruebas de identificación y ciudadanía o residencia legal proporcionadas. <u>Vea pág. 2</u>		
PROPORCIONAR CUENTA DE SERVICIOS PÚBLICOS	Cuenta de energía con saldo actual		
DOCUMENTOS ADICIONALES INCLUIDOS Declaración de Ingresos (DIS) Autoidentificación de Discapacidad (SID) Liberación del Cliente	<u>El documento DIS Solamente</u> para los miembros que necesitan documentación alternativa de Ingresos. <u>Vea pág. 7</u> <u>El documento SID Solamente</u> para miembros que <u>no reciben</u> beneficios federales. <u>Vea pág. 8</u> <u>El documento de liberación del Cliente Solamente</u> para los servicios de: ATMOS/ RELIANT/ AUSTIN ENERGY	<u>El documento DIS Solamente</u> para los miembros que necesitan documentación alternativa de Ingresos. <u>Vea pág. 7</u> <u>El documento SID Solamente</u> para miembros que <u>no reciben</u> beneficios federales. <u>Vea pág. 8</u>	
Asegúrese de que su solicitud y documentos estén completos y legibles. Puede fotografiar, escanear o copiar los documentos necesarios para incluirlos con susolicitud			
Opciones de envío:	CE: Utilities@owbc-tx.org	604 High Tech Drive, Georgetown Texas 78626	Fax 512 763 1411

Circule los programas para los que está solicitando:

CEAP

CSBG

TEMAP

Primer Nombre del Solicitante

Segundo Nombre

Apellido

Dirección Residencial

Apt/Suite

Ciudad

Código Postal

Condado

La dirección postal es la misma que la dirección residencial

Dirección postal (Dirección, Ciudad, Código Postal)

Imprimir Dirección De Correo Electrónico

Número Principal

Idioma Primordial

¿Cómo supo de nosotros? Cliente anterior Web Agencia de Servicios Sociales Referido por personal de OWBC Otro

Contacto Alternativo - Es importante comunicarnos con el solicitante con respecto a la solicitud e información adicional

Name	Relationship	Phone

Complete la siguiente información. Las solicitudes incompletas podrían ser negadas.

INFORMACIÓN DE LA VIVIENDA
 Circule y Proporcione la siguiente información

Dueño: No o Sí Hipoteca por mes: _____

Renta: No o Sí Renta por mes: _____

Tipo: Casa Privada Apartamento/Dúplex Casa Móvil Cuarto Rentado

¿Participa en Vivienda Subsidiada/Pública? No Sí – ¿Qué tipo? _____

Servicios Públicos Incluidos: No o Sí

INFORMACIÓN SOBRE LAS COMPAÑÍAS DE SERVICIOS PÚBLICOS
 Por favor, marque si (✓) y proporcione la siguiente información

¿Cómo paga su familia los servicios públicos? A la compañía de servicios públicos Al propietario Incluido en la renta

		Uso Primario	Uso Primario
Compañía/Proveedor de Servicios Eléctricos:	Número de cuenta:	<input type="checkbox"/> Calefacción	<input type="checkbox"/> Enfriamiento
Compañía/Proveedor de Servicio de Gas:	Número de cuenta:	<input type="checkbox"/> Calefacción	<input type="checkbox"/> Enfriamiento
Compañía/Proveedor de Propano:	Número de cuenta:	<input type="checkbox"/> Calefacción	<input type="checkbox"/> Enfriamiento
Otra Compañía de Energía/Proveedor:	Tipo de combustible:	<input type="checkbox"/> Calefacción	<input type="checkbox"/> Enfriamiento
Tipo de Aire Acondicionado Utilizado:	<input type="checkbox"/> Unidad Central	<input type="checkbox"/> Enfriador Evaporador	<input type="checkbox"/> Unidad de Ventana
Tipo de Calentador Utilizado:	<input type="checkbox"/> Unidad Eléctrica Central	<input type="checkbox"/> Gas Natural	<input type="checkbox"/> Propano
	<input type="checkbox"/> Ninguno		<input type="checkbox"/> Madera/Chimenea

EVALUACIÓN DE LAS NECESIDADES DE LOS HOGARES
 Por favor, marque si (✓) para cualquier necesidad inmediata o solicitud de servicios

SERVICIOS DE EMERGENCIA	✓	SERVICIOS DE OWBC	✓
Dispensa de Alimentos - Referencia		Entrega Diaria de Comidas o Almuerzo Diario a domicilio - Personas mayores de 60 años (Comidas Sobre Ruedas- Meals on Wheels)	
Cuidado de Niños - Referencia		Educación Infantil Temprana edad de 0 a 3 años (Early Head Start) de 3 a 5 años (Head Start)	
Climatización ... Reducción del coste energético mediante el aumento de la eficiencia energética del hogar - Referencia		Programa de Asistencia de Energía (Servicios Comunitarios)	
Armario de Ropa - Referencia		Programa de Autosuficiencia Extendida (Servicios Comunitarios) <u>Ver a continuación:</u>	
Transporte – Transporte de visitas médicas, información de autobús local, Compartir viaje - Referencia		Asistencia para la Obtención de Educación para Adultos – ESL, GED, Certificaciones a Corto Plazo, Alcanzar un grado asociado o una licenciatura	
Asistencia para obtener- SSDI, TANF, WIC, SS, SSI, VA, Manutención infantil, etc. - Referencia		Asistencia para la Obtención de Empleo	
Vivienda - Temporal, corto plazo, a largo plazo - Referencia			

INFORMACION DE LOS MIEMBROS DEL HOGAR: Requerido para cada miembro del hogar incluyendo adultos y menores, familia extendida, amigos, compañeros de cuarto, etc. que viven en el hogar. Complete la siguiente información. Las solicitudes incompletas podrían ser negadas.

1. Nombre del Solicitante:	Fecha de nacimiento: ____/____/____ Mes/Día/Año	Género: Masculino Femenino Otro	Discapacitado: Sí No	Estado Militar: Militar Activo Veterano
Relación con el Solicitante: Propio Cónyuge Niño – Nacimiento/ Hijastr/o/ Adoptivo Padre / Padrastro (a) Abuelo (a) Tía/Tío Hermano (a) Otro Pariente Guardián Amigo	Raza Indio Am/Nativo de Alaska Asiático Negro/Afroamericano Multi-Raza Nativo hawaiano Otros Isleños del Pacífico Blanco Otro Origen Étnico Hispano / Latino No Hispano/No Latino	Tipo de Seguro Médico Compra- Directa Basado en el Empleo Medicaid Medicare Seguro Médico de Militar Seguro del Estado para Niño (CHIP) Seguro del Estado para Adulto	Estatus Educativo Corriente o Hasta: Grados 0-8 Grados 9-12 Graduado: HS/GED Postsecundario 2 a 4 Años de Universidad	Estado Actual del Trabajo Empleado: Tiempo completo Tiempo parcial Retirado Trabajador migrante-estacional Desempleados: Largo Plazo > 6 meses Corto plazo < 6 meses No en la fuerza laboral Niño Menor de Edad
2. Nombre del Miembro (si es aplicable)	Fecha de nacimiento: ____/____/____ Mes/Día/Año	Género: Masculino Femenino Otro	Discapacitado: Sí No	Estado Militar: Militar Activo Veterano
Relación con el Solicitante: Propio Cónyuge Niño – Nacimiento/ Hijastr/o/ Adoptivo Padre / Padrastro (a) Abuelo (a) Tía/Tío Hermano (a) Otro Pariente Guardián Amigo	Raza Indio Am/Nativo de Alaska Asiático Negro/Afroamericano Multi-Raza Nativo hawaiano Otros Isleños del Pacífico Blanco Otro Origen Étnico Hispano /Latino No hispano/ no latino	Tipo de Seguro Médico Compra- Directa Basado en el Empleo Medicaid Medicare Seguro Médico de Militar Seguro de estado para Niño (CHIP) Seguro de estado para Adulto	Estatus Educativo Corrientes o Hasta: Grados 0-8 Grados 9-12 Graduado: HS/GED Postsecundario 2 a 4 Años de Universidad	Estado actual del trabajo Empleado: Tiempo completo Tiempo parcial Retirado Trabajador migrante-estacional Desempleados: Largo Plazo > 6 meses Corto plazo < 6 meses No en la fuerza laboral Niño Menor de Edad
3. Nombre del Miembro (si es aplicable)	Fecha de nacimiento: ____/____/____ Mes/Día/Año	Género: Masculino Femenino Otro	Discapacitado: Sí No	Estado Militar: Militar Activo Veterano
Relación con el Solicitante: Propio Cónyuge Niño – Nacimiento/ Hijastr/o/ Adoptivo Padre / Padrastro (a) Abuelo (a) Tía/Tío Hermano (a) Otro Pariente Guardián Amigo	Raza Indio Am/Nativo de Alaska Asiático Negro/Afroamericano Multi-Raza Nativo hawaiano Otros Isleños del Pacífico Blanco Otro Origen Étnico Hispano / Latino No Hispano/ No Latino	Tipo de Seguro Médico Compra- Directa Basado en el Empleo Medicaid Medicare Seguro Médico de Militar Seguro de estado para Niño (CHIP) Seguro de estado para Adulto	Estatus Educativo Corriente o Hasta: Grados 0-8 Grados 9-12 Graduado: HS/GED Postsecundario 2 a 4 Años de Universidad	Estado actual del trabajo Empleado: Tiempo completo Tiempo parcial Retirado Trabajador migrante-estacional Desempleados: Largo Plazo > 6 meses Corto plazo < 6 meses No en la fuerza laboral Niño Menor de Edad

INFORMACION IMPORTANTE PARA LOS ANTIGUOS MIEMBROS DE LOS SERVICIOS MILITARIOS:

Las mujeres y los hombres que sirvieron en cualquier rama de las Fuerzas Armadas de los Estados Unidos, incluyendo el Ejército, la Marina, los Marines, la Guardia Costera, las Reservas o la Guardia Nacional, pueden ser elegibles para beneficios y servicios adicionales.

Para obtener más información, visite el Portal de Veteranos de Texas en <https://veterans.portal.texas.gov/>.

INFORMACION DE LOS MIEMBROS DEL HOGAR: Requerido para cada miembro del hogar incluyendo adultos y menores, familia extendida, amigos, compañeros de cuarto, etc. que viven en el hogar. Complete la siguiente información. Las solicitudes incompletas podrían ser negadas.

4. Nombre del Miembro <u>(si es aplicable)</u>	<u>Fecha de nacimiento:</u> ____/____/____ Mes/Día/Año	<u>Género:</u> Masculino Femenino Otro	<u>Discapacitado:</u> Sí No	<u>Estado Militar:</u> Militar Activo Veterano
<u>Relación con el Solicitante:</u> Propio Cónyuge Niño – Nacimiento/ Hijastró/ Adoptivo Padre / Padrastro (a) Abuelo (a) Tía/Tío Hermano (a) Otro Pariente Guardián Amigo	<u>Raza</u> Indio Am/Nativo de Alaska Asiático Negro/Afroamericano Multi-Raza Nativo hawaiano Otros Isleños del Pacífico Blanco Otro <hr/> <u>Origen Étnico</u> Hispano / Latino No Hispano/ No Latino	<u>Tipo de Seguro Médico</u> Compra- Directa Basado en el Empleo Medicaid Medicare Seguro Médico de Militar Seguro de estado para Nino (CHIP) Seguro de estado para Adulto	<u>Estatus Educativo</u> <u>Corriente o Hasta:</u> Grados 0-8 Grados 9-12 <hr/> <u>Graduado:</u> HS/GED Postsecundario 2 a 4 Años de Universidad	<u>Estado actual del trabajo</u> <u>Empleado:</u> Tiempo completo Tiempo parcial Retirado Trabajador migrante-estacional <hr/> <u>Desempleados:</u> Largo Plazo > 6 meses Corto plazo < 6 meses No en la fuerza laboral Niño Menor de Edad
5. Nombre del Miembro <u>(si es aplicable)</u>	<u>Fecha de nacimiento:</u> ____/____/____ Mes/Día/Año	<u>Género:</u> Masculino Femenino Otro	<u>Discapacitado:</u> Sí No	<u>Estado Militar:</u> Militar Activo Veterano
<u>Relación con el Solicitante:</u> Propio Cónyuge Niño–Nacimiento/Hijastró/Adoptivo Padre / Padrastro (a) Abuelo (a) Tía/Tío Hermano (a) Otro Pariente Guardián Amigo	<u>Raza</u> Indio Am/Nativo de Alaska Asiático Negro/Afroamericano Multi-Raza Nativo hawaiano Otros Isleños del Pacífico Blanco Otro <hr/> <u>Origen Étnico</u> Hispano / Latino No Hispano/ No Latino	<u>Tipo de Seguro Médico</u> Compra- Directa Basado en el Empleo Medicaid Medicare Seguro Médico de Militar Seguro de estado para Nino (CHIP) Seguro de estado para Adulto	<u>Estatus Educativo</u> <u>Corriente o Hasta:</u> Grados 0-8 Grados 9-12 <hr/> <u>Graduado:</u> HS/GED Postsecundario 2 a 4 Años de Universidad	<u>Estado actual del trabajo</u> <u>Empleado:</u> Tiempo completo Tiempo parcial Retirado Trabajador migrante-estacional <hr/> <u>Desempleados:</u> Largo Plazo > 6 meses Corto plazo < 6 meses No en la fuerza laboral Niño Menor de Edad
6. Nombre del Miembro <u>(si es aplicable)</u>	<u>Fecha de nacimiento:</u> ____/____/____ Mes/Día/Año	<u>Género:</u> Masculino Femenino Otro	<u>Discapacitado:</u> Sí No	<u>Estado Militar:</u> Militar Activo Veterano
<u>Relación con el Solicitante:</u> Propio Cónyuge Niño– Nacimiento/Hijastró/Adoptivo Padre / Padrastro (a) Abuelo (a) Tía/Tío Hermano (a) Otro Pariente Guardián Amigo	<u>Raza</u> Indio Am/Nativo de Alaska Asiático Negro/Afroamericano Multi-Raza Nativo hawaiano Otros Isleños del Pacífico Blanco Otro <hr/> <u>Origen Étnico</u> Hispano / Latino No Hispano/ No Latino	<u>Tipo de Seguro Médico</u> Compra- Directa Basado en el Empleo Medicaid Medicare Seguro Médico de Militar Seguro de estado para Nino (CHIP) Seguro de estado para Adulto	<u>Estatus Educativo</u> <u>Corriente o Hasta:</u> Grados 0-8 Grados 9-12 <hr/> <u>Graduado:</u> HS/GED Postsecundario 2 a 4 Años de Universidad	<u>Estado actual del trabajo</u> <u>Empleado:</u> Tiempo completo Tiempo parcial Retirado Trabajador migrante-estacional <hr/> <u>Desempleados:</u> Largo Plazo > 6 meses Corto plazo < 6 meses No en la fuerza laboral Niño Menor de Edad

INFORMACION IMPORTANTE PARA LOS ANTIGUOS MIEMBROS DE LOS SERVICIOS MILITARIOS:

Las mujeres y los hombres que sirvieron en cualquier rama de las Fuerzas Armadas de los Estados Unidos, incluyendo el Ejército, la Marina, los Marines, la Guardia Costera, las Reservas o la Guardia Nacional, pueden ser elegibles para beneficios y servicios adicionales.

Para obtener más información, visite el Portal de Veteranos de Texas en <https://veterans.portal.texas.gov/>.

OWBC ofrece su **PROGRAMA DE AUTOSUFICIENCIA** a los solicitantes calificados.

*****La Administración de Casos NO es necesaria para calificar para El Programa de Asistencia de Energía a Largo Plazo*****

Está diseñado para ayudar a las familias a ser autosuficientes a través de la entrada en la fuerza de trabajo con mayores habilidades laborales y de vida. Las familias trabajan uno a uno con un administrador de casos y adaptan un plan de servicio único a las necesidades y barreras de la familia para volver al trabajo.

Requisitos Del Programa		Beneficios Del Programa	
➤ Residente de Condado de Williamson o Burnet		➤ El administrador de casos proporciona métodos de entrenamientos específicos para las necesidades de su familia	
➤ Programa basado en ingresos		➤ Actividades y servicios guiados por usted para alcanzar sus metas	
➤ Deseo de ser desafiado		➤ Apoyo múltiple mediante la utilización de agencias y recursos disponibles en su área	
➤ Disposición a hacer un cambio		➤ Recibir resultados medibles para el éxito	
➤ Compromiso de tomar las medidas necesarias para ser autosuficiente		➤ Lograr la autosuficiencia	

A continuación, se presentan algunas cosas que considerar al decidir si este programa es adecuado para su familia:

- ¿Estás listo para volver al trabajo?
- ¿Deseas tener mayores habilidades para una carrera?
- ¿Estás buscando un partidario que te ayude a obtener habilidades para prepararlo para una carrera?
- ¿Estás dispuesto a hacer lo que sea necesario para lograrlo?
- ¿Has tomado medidas para alcanzar tus metas?
- ¿Eres consciente de tus principales desafíos?
- ¿Ha pedido ayuda?
- ¿Estás listo para el éxito?

Los administradores de casos están disponibles de lunes a viernes de 8 a. m. a 5 p. m., con excepción de los días festivos.

¿Deseas ser contactado por un administrador de casos respecto al Programa de Autosuficiencia? Sí o No

AUTORIZACION DE SOLICITUD CEAP y/o CSBG *Leer ANTES de firmar este documento

1. La información es verdadera y correcta a lo mejor de mi conocimiento y creencia.
2. Entiendo que mi ingreso bruto (reimpuesto) de mi hogar se ha anualizado en el momento de la aplicación de acuerdo con el procedimiento de la agencia preestablecido.
3. Estoy consciente de que estoy sujeto a procesamiento por proporcionar información falsa o fraudulenta en esta solicitud. También entiendo que el recibir asistencia a través de distorsionar datos o fraude es castigado con multa o encarcelamiento.
4. Entiendo que puedo solicitar una audiencia para apelar una negación de elegibilidad, cantidad de ayuda recibida, o un retraso en el servicio.
5. Autorizo al Departamento de Vivienda y Asuntos Comunitarios de Texas (TDHCA) y Opportunities for Williamson and Burnet Counties, Inc. para solicitar/verificar información incluyendo facturas de servicios públicos y/o combustibles (si solicita asistencia de servicios públicos) y verificación de empleo, tanto pasado como futuro, en la medida en que la información se utilice solo para determinar la elegibilidad y proporcionar datos.
6. Soy un solicitante de Opportunities for Williamson and Burnet Counties, Inc. por la presente doy mi permiso para divulgar y verificar toda la información solicitada y entiendo que se mantendrá en estricta confianza para ser utilizado sólo con fines de programa. Entiendo que una fotocopia de esta versión es tan válida como el original y puede ser utilizada para obtener información de empleo o verificar otros datos.
7. Entiendo que, si me muevo de residencia o cambio de compañías de servicios públicos, debo notificar a Opportunities for Williamson and Burnet Counties, Inc. dentro de 5 días laborables sobre la compañía nueva de utilidad, número de cuenta, y nombre en la cuenta. Si no aviso a Opportunities for Williamson and Burnet Counties, Inc. sobre la compañía nueva de utilidad perderé cualquier pago vencido. Cuando la información es proporcionada cualquier ayuda restante puede ser restablecida. (Si aplica para asistencia de servicios públicos)
8. Entiendo que si mi factura mensual actual excede el acuerdo de pago para ese mes que soy responsable del saldo restante adeudado al proveedor. En caso de que me desconecte por no pagar el saldo restante adeudado al proveedor, será terminado del programa de Asistencia de Servicios Públicos, y este acuerdo se convierte en nulo. (Si solicita asistencia de servicios públicos)

Firma del Solicitante	Uso de la oficina de firma del personal SOLAMENTE	Sólo uso de la oficina – Válido
-----------------------	---	---------------------------------

Declaración de Verificación de Ingresos

Primer Nombre del Solicitante	Segundo Nombre	Apellidos
Dirección Residencial	Apt/Suite	Ciudad
		Código Postal
		Condado

Al firmar – El Solicitante certifica que estos miembros del hogar están sin ingresos o no tienen la capacidad de proporcionar documentación aceptable de los ingresos por las razones enumeradas a continuación:

*Este formulario es SOLAMENTE para los miembros del hogar, 18 años o más. Si un miembro puede mostrar una prueba de ingresos a través de talones de pagos, carta de premio, etc., este formulario no es necesario.

Nombres del miembro(s) del hogar <i>NO Ingresos o capacidad para proporcionar una prueba aceptable de ingresos</i>	Fechas – Últimos 30 Días	Ingreso Bruto Recibido	Circule la razón de no ingresos o Sin documentación
	DATE / / TO / /	\$	<ul style="list-style-type: none"> • Fecha de último pago de desempleados recientemente: _____ • Discapacitado – No recibiendo beneficios • Cuidador principal de tiempo completo para un adulto discapacitado • Cuidador primario de tiempo completo para un niño discapacitado • No puedo pagar de un cuidado infantil • No puedo obtener transporte para mantener un empleo • No puedo proporcionar la documentación adecuada que muestre el nombre del miembro, Ingreso busto, Fechas de pago, Información del empleador • Otro: _____
	DATE / / TO / /	\$	<ul style="list-style-type: none"> • Fecha de último pago de desempleados recientemente: _____ • Discapacitado – No recibiendo beneficios • Cuidador principal de tiempo completo para un adulto discapacitado • Cuidador primario de tiempo completo para un niño discapacitado • No puedo pagar de un cuidado infantil • No puedo obtener transporte para mantener un empleo • No puedo proporcionar la documentación adecuada que muestre el nombre del miembro, Ingreso busto, Fechas de pago, Información del empleador • Otro: _____
	DATE / / TO / /	\$	<ul style="list-style-type: none"> • Fecha de último pago de desempleados recientemente: _____ • Discapacitado – No recibiendo beneficios • Cuidador principal de tiempo completo para un adulto discapacitado • Cuidador primario de tiempo completo para un niño discapacitado • No puedo pagar de un cuidado infantil • No puedo obtener transporte para mantener un empleo • No puedo proporcionar la documentación adecuada que muestre el nombre del miembro, Ingreso busto, Fechas de pago, Información del empleador • Otro: _____

Certifico que la información anterior es verdadera y correcta a lo mejor de mi conocimiento y creencia. Si alguna parte es falsa, mi participación en el programa de esta agencia puede ser cancelada, y yo puedo estar sujeto a acciones legales. También entiendo que la información en esta solicitud sera confidencial dentro de la agencia y es accesible para mí durante horas de trabajo.

Sólo uso de oficina
Válido:

Firma del Solicitante

Autoidentificación de la Discapacidad

Solicitante – Miembros del hogar discapacitados, que NO reciben beneficios en efectivo por discapacidad proporcionados por el gobierno federal, pueden autoidentificarse como discapacitados revisando las Leyes y beneficios a continuación con el fin de dar fe. Este formulario DEBE ser firmado por el miembro o tutor del discapacitado.

Nombre del Solicitante _____

Nombre De La Persona Con Discapacidad _____

Relación De La Persona Con La Discapacidad Con El Solicitante _____

La persona con discapacidad es cualquier persona que:

- ❖ Una persona discapacitada, tal como se define en el artículo 7(9) de la Ley de Rehabilitación de 1973;
- ❖ Bajo una discapacidad tal como se define en el artículo 1614(a)(3)(A) o el artículo 223(d)(1) de la Ley del Seguro Social o en el artículo 102(7) de la Ley de Construcción de Servicios e Instalaciones para discapacidades del desarrollo; O
- ❖ Recibir beneficios bajo 38 U.S.C. Capítulo 11 o 15.

Por la presente autorizo a la persona antes mencionada, con el propósito de confirmar la elegibilidad como Persona con Discapacidad, estoy de acuerdo con la definición anterior de Persona con Discapacidad. Certifico que la información anterior es verdadera y correcta a lo mejor de mi conocimiento y creencia. Si alguna parte es falsa, mi participación en el programa de esta agencia puede ser cancelada, y yo puedo estar sujeto a acciones legales. También entiendo que la información en esta solicitud se mantendrá en estricta confianza dentro de la agencia y es accesible para mí durante el horas de trabajo.

Sólo uso de la
Oficina Válido:

Firma De La Persona Con Discapacidad O Su Tutor

Consentimiento del cliente y divulgación de información **PARA CLIENTES DE ATMOS ENERGY**



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 OPPORTUNITIES FOR WILLIAMSON & BURNET COUNTIES (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.

Opportunities

for Williamson & Burnet Counties
OWBC-TX.ORG



DOCUMENTO REQUERIDO PARA LA APLICACIÓN
Consulte la pág. 1 para obtener Instrucciones
PROPORCIONE INFORMACIÓN PARA TODOS LOS MIEMBROS DEL HOGAR

TEXAS DEPARTMENT OF HOUSING AND COMMUNITY AFFAIRS

**Programa de Verificación Sistemática de Extranjeros
 para la Otorgación de Beneficios (SAVE)
 Formulario de Certificación del Ciudadano/Nacional de
 EE. UU. Solicitante para WAP y CEAP**



El programa para el cual está aplicando requiere la verificación que usted es un ciudadano de los Estados Unidos de América (EE. UU.), un nacional no ciudadano, o un residente legal de los EE. UU... Se requiere que el solicitante proporcione documentación de su ciudadanía de los EE. UU. o de su estatus migratorio en los EE. UU... 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 EE. UU.

Nombre los miembros del hogar	¿Ciudadano de los Estados Unidos de América (Nacido o Naturalizado) o Nacional de los EE. UU. (Si o No)?	¿Extranjero o Calificado (Si o No)?	Nombre los documentos proporcionados para:	
			Estatus	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 fraudulenta.

Firma del Solicitante Arriba		Fecha
Firma del personal certificando la verificación de documentos	Imprima el nombre del personal	Fecha

Updated March 2019
 Previous Versions Obsolete

