

**Servicios Familiares y de Vivienda  
Hoja de Información**

Nombre \_\_\_\_\_ Teléfono/Mensaje \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_  
 Dirección \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_  
 Condado \_\_\_\_\_ No. de Seguridad Social \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_

**¿Es Ud residente del condado de Newaygo?**  Sí  No **¿Desde hace cuánto?** \_\_\_\_\_

**¿Ha estado Ud a TrueNorth Community Services bajo un nombre diferente o una vivienda diferente?**  
**(Si es así, favor de enlistar)** \_\_\_\_\_

**Tipo de vivienda:**

Padre Soltero  Familia de dos padres  Padres Adoptivos  
 Madre Soltera  Pareja sin niños  Abuelo/abuela y niño  
 Non-custodial care giver  Adulto sin niños  Otra persona \_\_\_\_\_

**¿Qué servicios se requieren hoy?** (Servicios pueden variar con condado)

Renta  Casa  Impermeabilización / Reparaciones en casa  
 Servicios de Agua, Luz, o Gas  Comida  Otras cosas \_\_\_\_\_

**Miembros de la vivienda** (Favor de enlistar todos los miembros que habitan la vivienda, incluyéndose Ud.)

| Nombres de todos los miembros de la vivienda | Favor de marcar X por la cabeza de vivienda | Parentesco Con la cabeza de la vivienda                             | Fecha de nacimiento | Número de Seguro Social (Últimos 4 dígitos) | Sexo M, F, Otro | Raza   | Empleador / Fuente de Ingresos  | Ingresos mensuales brutos | Víctima de violencia doméstica? Sí o No | Veterano de guerra? Sí o No |
|--|---|---|---------------------|---|-----------------|--|---|---------------------------|---|-----------------------------|
| Nombre y Apellido                            |   | Esposo, Esposa, Hijo/a, Padre, Madre, Primo/a, Amigo/a, Pareja etc. |                     |   |                 | Hispano, Nativo Americano, Blanco, Afroamericano, Asiático, etc. | Ingreso de empleo, SSI, SSDI, Desempleo de Seguro Social, Manutención, etc. |                           |   |                             |
| Uno Mismo                                    |   | Uno Mismo   | Ver Arriba          |   |                 |  |   |                           |   |                             |
|  |   |   |                     |   |                 |  |   |                           |   |                             |
|  |   |   |                     |   |                 |  |   |                           |   |                             |
|  |   |   |                     |   |                 |  |   |                           |   |                             |
|  |   |   |                     |   |                 |  |   |                           |   |                             |
|  |   |   |                     |   |                 |  |   |                           |   |                             |
|  |   |   |                     |   |                 |  |   |                           |   |                             |

**For Office Use Only:** HOH HMIS# \_\_\_\_\_ **New or Updated**

Time in \_\_\_\_\_ ROI Update \_\_\_\_\_ Household \_\_\_\_\_ Address \_\_\_\_\_  
 I.D. \_\_\_\_\_ 30 Days \_\_\_\_\_ Photo \_\_\_\_\_ Income \_\_\_\_\_  
 Signatures \_\_\_\_\_ County \_\_\_\_\_ Service Trans. \_\_\_\_\_ Entered by \_\_\_\_\_

**Información sobre Discapacidad** (Favor de enlistar los miembros **discapacitados** de la vivienda, incluyéndose Ud.)

| Favor de enlistar los nombres de los miembros <b>discapacitados</b> de la vivienda | Tipo de discapacidad<br>De Aprendizaje, Físico, Mental, Abuso de Alcohol/Drogas, HIV/SIDA, Oído, Visión, Habla, Otro | Determinación de discapacidad (marque Sí o No) |    | ¿Actualmente recibe servicios o cuidado? (marque Sí o No) |    | Fecha de comienzo | ¿Su discapacidad es permanente? (marque Sí o No) |    | ¿Ha aplicado para SSI or SSDI? (marque Sí o No) |    | ¿Cual fue el dictamen de la solicitud de SSI/SSDI?<br>Aceptado, Rechazado, Pendiente | ¿Cuánto tiempo tardó el proceso? |
|--|--|--|----|---|----|-------------------|--|----|---|----|--|----------------------------------|
|  |  | Sí   | No | Sí  | No |                   | Sí   | No | Sí  | No |  |                                  |
| Nombre y Apellido  |  |  |    |   |    |                   |  |    |   |    |  |                                  |
|  |  |  |    |   |    |                   |  |    |   |    |  |                                  |
|  |  |  |    |   |    |                   |  |    |   |    |  |                                  |
|  |  |  |    |   |    |                   |  |    |   |    |  |                                  |

**Información sobre falta de vivienda**

¿En dónde durmió Ud ayer?  Rento vivienda  Soy dueño(a) de vivienda  Compartido  
 Hotel  Albergue  Otro

¿Desde hace cuánto ha estado en la residencia actual?  una semana o menos  1 a 3 meses  Un año o más  
 más que una semana pero menos que un mes  Más que 3 meses pero menos que un año

Pago de renta \$ \_\_\_\_\_ o Pago de hipoteca \$ \_\_\_\_\_

¿Esa renta incluye servicios como Agua, Luz, Gas?  Sí  No

¿Tiene Ud. notificación de que le van a cortar algún servicio o están cortados actualmente?  Sí  No

¿Se encuentra Ud. sin vivienda?  Sí  No

Si Ud. se encuentra sin vivienda, ¿Cuál es el código postal de su última dirección? \_\_\_\_\_

¿Cuánto tiempo lleva sin vivienda? \_\_\_\_\_

Incluyendo esta vez, ¿cuántas veces ha estado sin vivienda?  primera vez  Crónico: 4 veces en 3 años  
 1 a 2 veces antes  A largo plazo: 2 años o más

¿Cuál fue la duración de tiempo que se quedó sin vivienda? \_\_\_\_\_

¿Razon actual por la cual no tiene vivienda?  Pérdida de trabajo  Divorcio  Violencia doméstica  
(Favor de marcar todos los que aplican):  Casa condenada a demoler  Desalojo  Ejecucion por hipoteca  
 Vivienada muy cara  Comparte  Cárcel o Prisión

**Información general**

¿Tiene Ud. empleo?  Sí  No - Si cuenta con empleo, ¿Cuántas horas trabajó en la semana pasada? \_\_\_\_\_

Si no tiene Ud. empleo, está buscando empleo?  Sí  No

Nombre de quien lleva el caso en DHS \_\_\_\_\_ Condado DHS \_\_\_\_\_ Recomendado Por \_\_\_\_\_

¿Paga Ud manutención de hijos ordenado por la corte?  Sí  No Si es Sí, ¿Cuánto paga al mes? \$ \_\_\_\_\_

Estampillas para Alimentos \$ \_\_\_\_\_

**Declaro que la información que he proporcionado es verdadera y precisa.**

\_\_\_\_\_  
**Firmo del padre, tutor, o representante legal**

\_\_\_\_\_  
**Fecha**