



Portafolio de beneficios públicos y de viviendas

Instrucciones: Los asesores de vivienda deben utilizar esta lista de verificación como una guía de los documentos requeridos para asociar a un cliente con oportunidades de vivienda específicas. Los clientes no serán elegibles para ser asociados a una vivienda hasta que se hayan presentado todos los documentos *obligatorios* enumerados a continuación.

Obligatorios:

- Perfil de vivienda
 - Identificación con foto emitida por el gobierno
 - Tarjeta del Seguro Social (o copia del recibo de la solicitud de la Administración del Seguro Social)
 - Verificación de veterano (para oportunidades de viviendas específicas para veteranos; por ejemplo, una identificación de veterano o el formulario DD214)
 - Verificación de discapacidad
 - a) Verificación, otorgada por un profesional autorizado, de las discapacidades específicas:
 - i) Enfermedad mental grave (para oportunidades de vivienda de la Ley de Servicios de Salud Mental [Mental Health Services Act, MHSA])
 - ii) VIH/Sida (para el programa de Oportunidades de Vivienda para Personas con Sida [Housing Opportunities for Persons With AIDS, HOPWA])
 - iii) Discapacidad del desarrollo (para algunas unidades con esta preferencia)
 - iv) Trastornos por consumo de sustancias (para algunas unidades S+C del condado)
- Si no se puede obtener la verificación emitida por un profesional autorizado, la discapacidad se podrá verificar mediante alguno de los siguientes documentos:*
- b) Verificación de discapacidad emitida por la Administración del Seguro Social por escrito
 - c) Copia de un cheque por discapacidad (por ejemplo, un cheque del Seguro Social por Discapacidad o la compensación por discapacidad para veteranos)
- Antecedentes de vivienda
 - Verificación de falta de vivienda (la verificación de falta de vivienda crónica, si corresponde; debe estar fechada dentro de los 60 días)

Para cada persona menor de 18 años del grupo familiar:

- Tarjeta del Seguro Social (o copia del recibo de la solicitud de la Administración del Seguro Social)
- Certificado de nacimiento
- Comprobante de custodia (si el menor no está bajo la custodia del solicitante, comprobante de que el solicitante tendrá la custodia del menor cuando pueda garantizarle una vivienda estable)

Para cada miembro adicional del grupo familiar (a partir de los 18 años):

- Identificación con foto emitida por el gobierno
- Tarjeta del Seguro Social (o copia del recibo de la solicitud de la Administración del Seguro Social)

En caso de ser necesario:

- Animales de servicio (certificación de necesidad por parte de un profesional autorizado)
- Asistencia en el hogar las 24 horas (verificación de una agencia de cuidados de salud o de servicios sociales)
- Solicitudes de adaptaciones razonables para personas con discapacidad

Recomendados:

- Verificación de ingresos de todos los miembros del grupo familiar propuestos
 - a) Para *ingresos devengados*: últimos 3 comprobantes de pago (o carta del empleador que indique la cantidad de horas y el salario)
 - b) Para *beneficios por desempleo*: copia impresa actual del Departamento del Desarrollo del Empleo (Employment Development Department, EDD)

Póngase en contacto con **HOME STRETCH**

Fax: 1 (855) 658-5466; correo electrónico: HomeStretch@acgov.org; teléfono: (510) 891-8938;
correo postal: Post Office Box 29172, Oakland, CA 94612

- c) Para *asistencia gubernamental*: copia impresa de las oficinas de Asistencia General (General Assistance, GA), Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (Temporary Assistance for Needy Families, TANF), Asistencia para Veteranos (Veteran Assistance, VA) o del Seguro Social, fechada dentro de los 30 días
 - d) Para *ingresos nulos*: Declaración de ingresos nulos firmada
- Modelo de solicitud de vivienda completada o historial personal del inquilino (para ayudar a completar los formularios específicos de los programas)
 - Informe del historial de inquilino o del historial de crédito (para ayudar a preparar las entrevistas para la solicitud de vivienda o para abordar cualquier asunto pendiente)



Perfil de vivienda

Instrucciones: Utilice este formulario para registrar las preferencias de las unidades de vivienda y la información requerida del grupo familiar a fin de asociar al cliente con las oportunidades de vivienda a través de Home Stretch. Incluya una explicación para las respuestas afirmativas.

Nombre del cliente: _____ N.º de identificación del cliente en los HMIS (si se conoce): _____

Información del asesor de vivienda

Nombre:	Agencia:
Teléfono:	Correo electrónico:

Miembros del grupo familiar: Mencione abajo a todas las personas que vivirán con usted.

Nombre	Edad	Género

¿Está dispuesto a reducir o cambiar el número de personas que vivirán con usted a fin de ser elegible para una oportunidad de vivienda específica? Sí No

Preguntas sobre usted y los miembros propuestos de su grupo familiar

	Usted	Miembros propuestos de su grupo familiar	Explique las respuestas afirmativas
¿Hay alguien en su grupo familiar que sea estudiante de tiempo parcial o de tiempo completo?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No contesta	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No contesta	
¿Hay alguien en su grupo familiar que haya sido removido de la Sección 8 o de un programa de vivienda pública por cometer fraude, no pagar el alquiler o realizar algún tipo de actividad ilegal?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No contesta	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No contesta	
¿Hay alguien en su grupo familiar que <i>no tenga</i> un estado inmigratorio legal en los Estados Unidos?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No contesta	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No contesta	
¿Hay alguien en su grupo familiar que haya sido registrado como un agresor sexual?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No contesta	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No contesta	
¿Hay alguien en su grupo familiar que haya sido desalojado en los últimos 7 años?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No contesta	

Póngase en contacto con **HOME STRETCH**

Fax: 1 (855) 658-5466; correo electrónico: HomeStretch@accgov.org; teléfono: (510) 891-8938;
correo postal: Post Office Box 29172, Oakland, CA 94612

	<input type="checkbox"/> No contesta		
¿Hay alguien en su grupo familiar que haya sido condenado por un delito grave en los últimos 7 años?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No contesta	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No contesta	

Indique los lugares del condado de Alameda donde estaría dispuesto a vivir:

NOTA: Si elige más zonas en las que estaría dispuesto a vivir, es posible que tenga más opciones de vivienda disponibles.

<input type="checkbox"/> Alameda	<input type="checkbox"/> Emeryville	<input type="checkbox"/> Newark	<input type="checkbox"/> San Leandro
<input type="checkbox"/> Albany	<input type="checkbox"/> Fremont	<input type="checkbox"/> Oakland	<input type="checkbox"/> Otra: _____
<input type="checkbox"/> Berkeley	<input type="checkbox"/> Hayward	<input type="checkbox"/> Piedmont	<input type="checkbox"/> Union City
<input type="checkbox"/> Dublin	<input type="checkbox"/> Livermore	<input type="checkbox"/> Pleasanton	<input type="checkbox"/> Estoy dispuesto a vivir en cualquier parte del condado de Alameda.

¿Hay alguien del grupo familiar propuesto a ganar o que a ganado ingresos de un empleo? Sí No

De ser así, escriba las ciudades o regiones donde los miembros trabajan o trabajaron: _____

Tipo de unidad de vivienda

Solo se le considerará para los tipos de vivienda que seleccione abajo Y para los cuales sea elegible según el número de personas que vivan con usted y otros criterios. Si desea tener en cuenta un determinado tipo de vivienda, asegúrese de indicarlo en las preguntas a continuación.

¿Cuál de los siguientes tipos de unidades *estaría dispuesto a aceptar?* (Marque TODOS los que correspondan).

<input type="checkbox"/> Vivienda compartida (con habitación compartida)
<input type="checkbox"/> Vivienda compartida (con áreas comunes compartidas; por ejemplo, la cocina, el baño, etc.)
<input type="checkbox"/> Unidad de ocupación de habitación individual (Single Room Occupancy, SRO)
<input type="checkbox"/> Estudio/Apartamento pequeño
<input type="checkbox"/> Ninguno de los anteriores

Otras preferencias y necesidades

¿Aceptaría únicamente una vivienda donde esté permitido vivir con mascotas? Sí No

¿Hay alguien en su grupo familiar que *requiera* una unidad adaptada para alguna de las siguientes afecciones? (Marque todas las que correspondan).

Discapacidad motriz Deficiencia auditiva Deficiencia visual

*Para cualquiera de las discapacidades indicadas arriba, el cliente debe proporcionar una verificación de discapacidad por escrito emitida por un profesional de la salud autorizado.

Póngase en contacto con **HOME STRETCH**

Fax: 1 (855) 658-5466; correo electrónico: HomeStretch@acgov.org; teléfono: (510) 891-8938;
 correo postal: Post Office Box 29172, Oakland, CA 94612



Guía para la verificación de discapacidades de Home Stretch

Instrucciones: Utilice esta información como guía al registrar una discapacidad a fin de obtener una recomendación de Home Stretch. Incluya la verificación de discapacidad correspondiente para permitir la conexión con las oportunidades de vivienda específicas.

De acuerdo con las pautas del Departamento de Vivienda y Desarrollo Urbano (Department of Housing and Urban Development, HUD), se considera que una persona tiene una enfermedad incapacitante si ha recibido uno o más de los siguientes diagnósticos:

- Trastorno por consumo de sustancias; Y/O
- Enfermedad mental grave; Y/O
- Discapacidad del desarrollo (como se la define en la sección 102 de la Ley de Asistencia para Discapacidades del Desarrollo y Declaración de Derechos (Developmental Disabilities Assistance Bill of Rights Act) del año 2000, ([sección 15002 del título 42 del Código de EE. UU. [United States Code, USC]); Y/O
- Trastorno por estrés postraumático (post-traumatic stress disorder, PTSD); Y/O
- Deficiencias cognitivas resultantes de una lesión cerebral; Y/O
- Enfermedad o discapacidad físicas crónicas (por ejemplo, VIH/sida)

Y si esa afección cumple con los siguientes criterios:

- Se espera que se prolongue en el tiempo con una duración indefinida; Y
- Impide considerablemente a la persona vivir de forma independiente; Y
- Es de una naturaleza tal que la capacidad de la persona para vivir de forma independiente podría mejorar si cuenta con las condiciones de vivienda adecuadas.

Hay oportunidades de vivienda específicas que se reservan o se prefieren para personas con las siguientes afecciones: VIH/Sida, enfermedad mental grave, discapacidades del desarrollo y trastornos por consumo de sustancias. Solicítele a un profesional de la salud autorizado que complete la **Verificación de discapacidad de Home Stretch** a fin de ser considerado para estas oportunidades específicas de vivienda.

Si un profesional de la salud autorizado **NO PUEDE** completar la verificación de discapacidad, la discapacidad podrá verificarse mediante alguno de los documentos mencionados a continuación. Sin embargo, es muy recomendable que, si es posible, se complete la **Verificación de discapacidad de Home Stretch**.

La discapacidad podrá también verificarse mediante alguno de los siguientes documentos:

- Verificación de discapacidad emitida por la Administración del Seguro Social por escrito
- Copia de un cheque por discapacidad (por ejemplo, un cheque del Seguro Social por Discapacidad o la compensación por discapacidad para veteranos)

Póngase en contacto con **HOME STRETCH**

Fax: 1 (855) 658-5466; correo electrónico: HomeStretch@acgov.org; teléfono: (510) 891-8938;
correo postal: Post Office Box 29172, Oakland, CA 94612



Verificación de discapacidad de Home Stretch

Debe ser completada por un profesional de la salud autorizado

Esta verificación ayudará a que se dé prioridad a las personas con discapacidades y sin hogar en las oportunidades de vivienda con servicios de apoyo permanente en el condado de Alameda.

Este formulario de verificación de discapacidad es para:

Nombre del paciente: _____

Fecha de nacimiento del paciente: _____

Información de contacto del médico:

Nombre de la organización (si corresponde): _____

Dirección: _____

Teléfono: _____

Correo electrónico: _____

Soy un profesional de la salud autorizado, acreditado y capacitado para realizar diagnósticos y evaluaciones funcionales a los pacientes. Dentro del alcance de mi práctica, he determinado que el paciente mencionado arriba tiene las siguientes afecciones diagnosticables, las cuales: 1) se espera que se prolonguen en el tiempo con una duración indefinida; 2) impiden considerablemente a la persona vivir de forma independiente; Y 3) podrían mejorar si cuenta con las condiciones de vivienda adecuadas (marque TODAS las que correspondan):

- Trastorno por consumo de sustancias**
- Enfermedad mental grave, incluido el trastorno por estrés postraumático grave (tal como se lo define en el Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales [Diagnostic and Statistical Manual, DSM]; que sea de un grado importante y tenga una duración persistente; y que NO sea un trastorno por consumo de sustancias, un trastorno del desarrollo ni un daño cerebral adquirido)**
- Discapacidad del desarrollo (tal como se la define en la sección 102 de la Ley de Asistencia para Discapacidades del Desarrollo y Declaración de Derechos del año 2000 [sección 15002 del título 42 del USC])**
- Deficiencias cognitivas resultantes de una lesión cerebral**
- Enfermedad o discapacidad físicas crónicas*
- Infección por VIH o sida*

*Credenciales aceptables para las afecciones: MD (doctor en Medicina), NP (enfermera practicante)

**Credenciales aceptables para salud mental y afecciones relacionadas con el consumo de sustancias MD (doctor en Medicina), NP (enfermera practicante), PsyD/PhD (psicólogo), LCSW (trabajador social clínico autorizado), MFT/LMFT (terapeuta familiar y de matrimonio), LPCC (asesor clínico profesional autorizado).

Mi firma abajo indica mi verificación de la información del paciente descrita arriba.

Nombre del pasante, si corresponde (en letra de imprenta): _____

Firma: _____ Fecha: _____

Nombre del miembro del personal autorizado (en letra de imprenta): _____

Firma: _____ Fecha: _____

Tipo de licencia profesional: _____ N.º de licencia: _____

Póngase en contacto con **HOME STRETCH**

Fax: 1 (855) 658-5466; correo electrónico: HomeStretch@acgov.org; teléfono: (510) 891-8938; correo postal: Post Office Box 29172, Oakland, CA 94612



Antecedentes de vivienda de Home Stretch

Instrucciones para los antecedentes de vivienda:

Describa los antecedentes de vivienda del cliente durante los últimos 3 años incluyendo una situación de vivienda en cada línea.

1. Indique las fechas de cada situación de vivienda. Comience con la situación actual y continúe con las anteriores. Sea lo más específico posible. Mencione, al menos, los meses y los años.
2. Describa el tipo de situación de vivienda. Algunos ejemplos son “en la calle”, “en un auto”, “en un albergue de emergencia”, “en una unidad alquilada” y “en casa de familiares”.
3. Indique nombres de calles, programas y la ciudad asociada con cada situación de vivienda.
4. Determine qué tipo de verificación se necesita para cada situación de vivienda:
 - **Tercero:** se utiliza cuando una agencia verifica que alguien ha estado sin hogar durante el período y en la situación que se indicaron. Debe estar en una hoja con el membrete de la agencia del proveedor que la firma.
 - **HMIS:** si una persona se encuentra en un albergue de emergencia o en otro programa de vivienda para personas sin hogar que utilice los Sistemas de Información de Gestión de Personas sin Hogar (Homeless Management Information Systems, HMIS), su registro en los HMIS puede usarse para verificar la falta de vivienda durante su permanencia en esta situación.
 - **Autocertificación:** si no se puede realizar otro tipo de verificación, la persona puede realizar su propia certificación de falta de vivienda mediante la Declaración autocertificación de falta de vivienda de Home Stretch.
 - **No es una persona sin hogar:** no se requiere verificación.
5. Pídale al cliente que firme el formulario.

NOTA: al obtener verificaciones, cada situación de falta de vivienda requiere una verificación independiente.



Antecedentes de vivienda de Home Stretch

Nombre del cliente: _____ Fecha en que se completó: _____ Nombre del miembro del personal: _____

Fecha de inicio	Fecha de finalización	Situación de vivienda (es decir, en la calle, en un auto, en casa de familiares, etc.)	Nombre de la calle o del programa	Ciudad y estado	¿Verificación disponible por parte de quién?	
	ACTUAL				<input type="checkbox"/> Tercero <input type="checkbox"/> HMIS	<input type="checkbox"/> Autocertificación <input type="checkbox"/> No es una persona sin hogar
					<input type="checkbox"/> Tercero <input type="checkbox"/> HMIS	<input type="checkbox"/> Autocertificación <input type="checkbox"/> No es una persona sin hogar
					<input type="checkbox"/> Tercero <input type="checkbox"/> HMIS	<input type="checkbox"/> Autocertificación <input type="checkbox"/> No es una persona sin hogar
					<input type="checkbox"/> Tercero <input type="checkbox"/> HMIS	<input type="checkbox"/> Autocertificación <input type="checkbox"/> No es una persona sin hogar
					<input type="checkbox"/> Tercero <input type="checkbox"/> HMIS	<input type="checkbox"/> Autocertificación <input type="checkbox"/> No es una persona sin hogar
					<input type="checkbox"/> Tercero <input type="checkbox"/> HMIS	<input type="checkbox"/> Autocertificación <input type="checkbox"/> No es una persona sin hogar
					<input type="checkbox"/> Tercero <input type="checkbox"/> HMIS	<input type="checkbox"/> Autocertificación <input type="checkbox"/> No es una persona sin hogar
					<input type="checkbox"/> Tercero <input type="checkbox"/> HMIS	<input type="checkbox"/> Autocertificación <input type="checkbox"/> No es una persona sin hogar
					<input type="checkbox"/> Tercero <input type="checkbox"/> HMIS	<input type="checkbox"/> Autocertificación <input type="checkbox"/> No es una persona sin hogar
					<input type="checkbox"/> Tercero <input type="checkbox"/> HMIS	<input type="checkbox"/> Autocertificación <input type="checkbox"/> No es una persona sin hogar
					<input type="checkbox"/> Tercero <input type="checkbox"/> HMIS	<input type="checkbox"/> Autocertificación <input type="checkbox"/> No es una persona sin hogar

Nombre del cliente: _____

Firma del cliente: _____ Fecha: _____

Póngase en contacto con **HOME STRETCH**

Fax: 1 (855) 658-5466; correo electrónico: HomeStretch@acgov.org; teléfono: (510) 891-8938; correo postal: Post Office Box 29172, Oakland, CA 94612

Plantilla para la carta de verificación de falta de vivienda de un tercero.

IMPORTANTE LEER

Por favor proporcione la verificación de falta de vivienda en la **hoja con el membrete de su agencia**. La plantilla sugerida a continuación puede copiarse en la hoja con membrete o reproducirse con el mismo contenido e imprimirse en la hoja con membrete. Emita cartas de verificación independientes para **cada situación de falta de vivienda**, tal como lo requiere el HUD.

Esta verificación de falta de vivienda ayudará a que se dé prioridad a las personas que tengan discapacidades y que no tengan hogar de manera crónica en las oportunidades de vivienda con servicios de apoyo permanente en el condado de Alameda.

Certifico que _____ (nombre del cliente)

estuvo alojado en _____ (lugar, centro, nombre del programa)

durante el siguiente periodo: entre _____ y _____.
Mes/día/año Mes/día/año

Este lugar/centro/programa se clasifica como **uno** de los siguientes tipos:

- Lugar no destinado a ser habitado por personas (como un vehículo, un edificio abandonado, un autobús, un tren, una estación de metro, un aeropuerto o cualquier lugar en el exterior)
- Albergue de emergencia (incluido un hotel o un motel pagado con vales para un albergue de emergencia)
- Vivienda transitoria
- Hospital o centro médico residencial no psiquiátrico
- Hospital psiquiátrico u otro centro psiquiátrico
- Cárcel, prisión o centro de detención juvenil
- Centro de tratamiento de trastornos por consumo de sustancias o centro de desintoxicación
- Otro (especificar): _____

Antes de ir al lugar mencionado arriba, el cliente vivió en: _____

_____ por _____ (número de) meses, entre _____ y _____.
Mes/día/año Mes/día/año

Nombre del miembro del personal (en letra de imprenta): _____

Cargo del miembro del personal: _____ Teléfono del miembro del personal: _____

Firma del miembro del personal: _____ Fecha en la que se firmó: _____

Póngase en contacto con **HOME STRETCH**

Fax: 1 (855) 658-5466; correo electrónico: HomeStretch@acgov.org; teléfono: (510) 891-8938;
correo postal: Post Office Box 29172, Oakland, CA 94612



Declaración de autocertificación de falta de vivienda

Instrucciones: Este formulario puede utilizarse cuando una persona que solicite un programa no tenga conexiones con proveedores de servicios para completar una verificación de falta de vivienda de un tercero. Debe utilizarse un formulario de autocertificación independiente para cada periodo de falta de vivienda para el cual no haya verificación de un tercero o de los HMIS. Los asesores de vivienda deben documentar todos los intentos por obtener una verificación de un tercero para cada autocertificación que se haga (ver abajo).

Sección para el cliente:

Yo, _____ (nombre del cliente), certifico que he estado sin hogar durante el siguiente periodo:

Entre: _____ y _____
Mes/día/año Mes/día/año

Durante este período viví/vivo en _____.

¿Qué más quisiera comentar sobre su situación de falta de vivienda durante el periodo indicado arriba? (Opcional)
Por ejemplo, *“No recuerdo el nombre del lugar donde estuve viviendo durante el otoño de 2014, pero creo que era un albergue de emergencia. Desde aquella época, tengo problemas de memoria debido a una enfermedad”*.

Certifico que la información de arriba es correcta.

Firma del cliente: _____ Fecha en la que se firmó: _____

Sección para el personal: **NO OMITA ESTE PASO.**

Documente todos los intentos por obtener una verificación de un tercero para el periodo de falta de vivienda indicado arriba.

- 1) _____
- 2) _____
- 3) _____

Revisé la declaración anterior con el cliente y certifico que los intentos por obtener una verificación de un tercero son precisos.

Nombre del miembro del personal (en letra de imprenta): _____

Organización y cargo del miembro del personal: _____ Teléfono del miembro del personal: _____

Firma del miembro del personal: _____ Fecha en la que se firmó: _____