

## Solicitud para Foundry Village

Foundry Village es un programa de vivienda de transición de 24 meses de duración, administrado por Mid Rogue Foundation, cuyo objetivo es ayudar a las personas a mantenerse limpias y sobrias. El complejo cuenta con 17 pequeñas viviendas y un espacio común para que todos los residentes lo disfruten. Todos los participantes en Foundry Village:

- Tienen citas semanales con el navegador, que les ayuda a establecer objetivos y a trabajar para mudarse a otras opciones de vivienda.
- Participan en reuniones mensuales dos veces al mes en las que trabajan juntos en el espacio común.
- Reciben entrenaiento sobre cómo cuidar su espacio mediante inspecciones semanales de la vivienda y trabajando con su navegador móvil.
- Realizan tareas semanales asignadas por el Navegador.  
Pagan una tarifa al programa que consiste en \$300 de alquiler y \$50 de gastos de suministros, además de un depósito de seguridad de \$250 dólares que debe que pagarse antes del día 1 de cada mes.
- Las parejas deben rellenar una solicitud al mismo tiempo y ir juntas. Las parejas tendrán un descuento en las cuotas del programa en el que la segunda persona pagará un alquiler de \$250 y una tarifa de servicios públicos de \$50. Solo se cobrará un depósito de seguridad.
- Los solicitantes deben llevar 30 días limpios y sobrios.

Si es seleccionado para mudarse, se le pedirá que proporcione los siguientes documentos:

- Copia de su documento de identidad o permiso de conducir.
- Copia de su tarjeta de la Seguro Social
- Comprobante de ingreso u otra prueba de ingresos
- Lista de medicamentos (si aplica)
- Prueba de seguro y registro de automóvil (si aplica)

Entregue las solicitudes en el buzón a la izquierda de la puerta principal de Foundry Village

o

envíelas por correo a la misma dirección

Mid Rogue Foundation

c/o Foundry Village

1020 SW Foundry St.

Grants Pass, OR 97526



Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

ALIAS: \_\_\_\_\_

Dirección física: \_\_\_\_\_

Dirección postal: \_\_\_\_\_

*(si es diferente a la anterior)*

Correo electrónico: \_\_\_\_\_

Número de teléfono: \_\_\_\_\_ Número de mensaje: \_\_\_\_\_

Número de Seguro Social: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_

Veterano del ejército estadounidense    ☐ SÍ    ☐ NO    (marque con un círculo)

En general, ¿dónde se queda en la noche?

Por ejemplo, en la calle, en un campamento, en un RV, en un coche, en un refugio, en casa de un amigo o familiar, en un motel, en un centro de reinserción social, en un centro de tratamiento, en un hospital, en la cárcel, en alquiler, etc.

¿Llevas 30 días o más sin consumir alcohol? SÍ o No

¿Cuánto tiempo llevas en tu lugar de residencia actual?

- ☐ Un día o menos
- ☐ Dos días a una semana
- ☐ Más de una semana, menos de un mes
- ☐ De uno a tres meses
- ☐ Más de tres meses, menos de un año
- ☐ Un año o más

¿Cuánto tiempo lleva en el condado de Josephine?

Indique el número de meses o años \_\_\_\_\_

Datos demográficos

1. ¿Cómo se identifica?
  - ☐ Hombre
  - ☐ Mujer
  - ☐ Prefiero describirme yo mismo: \_\_\_\_\_
  - ☐ Prefiero no decirlo
  
2. ¿Te identificas como hispano, latino o de origen español?
  - ☐ Sí
  - ☐ No
  
3. ¿Se identifica como...? (*Marque todas las opciones que aplican*)
  - ☐ Indígena americano o nativo de Alaska
  - ☐ Asiático o asiático-americano
  - ☐ o Afroamericano o afroasiático
  - ☐ Caucásico/blanco
  - ☐ Nativo hawaiano o de otras islas del Pacífico
  - ☐ Otro (especifique): \_\_\_\_\_
  
4. ¿Cuál es su tipo de hogar?
  - ☐ Soltero
  - ☐ Pareja sin hijos
  
5. ¿Tiene cobertura de seguro médico?
  - ☐ Sí
  - Nombre del proveedor de atención médica: \_\_\_\_\_
  - Número de identificación del seguro: \_\_\_\_\_
  - ☐ No
  - ☐ No lo sé
  - ☐ Prefiero no decirlo
  
6. ¿Tiene alguna discapacidad o enfermedad crónica?
  - ☐ Sí
  - ☐ No
  - ☐ No lo sé
  
7. ¿Se aplica alguna de estas condiciones a usted? (*Marque todas las que aplican*)

<input type="checkbox"/> Huyendo de la violencia doméstica	<input type="checkbox"/> Consumo actual de alcohol
<input type="checkbox"/> Enfermedad mental	<input type="checkbox"/> Consumo actual de drogas
<input type="checkbox"/> VIH/SIDA	<input type="checkbox"/> Discapacidad física
<input type="checkbox"/> Otros (especifique): _____	

¿Ha sido condenado alguna vez por un delito penal o tiene algún cargo penal pendiente en su contra?

\*Esto se refiere únicamente a delitos graves y leves; no es necesario que incluya infracciones de tráfico no penales ni infracciones de ordenanzas municipales. Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ En caso de que si, ¿de qué cargos?

---

¿Tiene un agente de libertad condicional o de libertad vigilada? \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

¿Tiene alguno de los siguientes: (Marque todos los que correspondan)

Orden de alejamiento activa **S** o **N**

Orden de detención activa **S** o **N**

¿Es usted un delincuente sexual registrado? **S** o **N**

Si es un delincuente sexual registrado, ¿de qué nivel? \_\_\_\_\_

---

¿Cuál es el ingreso mensual de su hogar de todas las fuentes?

*(marque todas las que correspondan)*

☐ Ingresos mensuales por trabajo: \_\_\_\_\_

☐ Ingreso mensual del Seguro Social: \_\_\_\_\_

☐ Ingresos mensuales por pensión/jubilación del Seguro Social: \_\_\_\_\_

☐ Otros ingresos mensuales (especifique y indique la cantidad): \_\_\_\_\_

**Ingresos mensuales totales del hogar: \$** \_\_\_\_\_

¿Habla algún idioma además del inglés?

☐ Sí, ¿cuáles? \_\_\_\_\_

☐ No



Si es aceptado en el programa Foundry Village, ¿qué objetivos espera alcanzar durante el próximo año?

---

---

---

---

**LEA LO SIGUIENTE Y FIRME A CONTINUACIÓN**

**Al firmar este formulario, declaro que la información anterior es verdadera. Entiendo que si recibo servicios a los que no tengo derecho, debido a que di información falsa de forma intencionada, puedo ser multado. Acepto que se comprueben mis antecedentes. Entiendo que completar una solicitud no garantiza la aceptación en Foundry Village.**

---

**Nombre del solicitante**

---

**Firma del solicitante**

---

**Fecha**

---

**Nombre del solicitante**

---

**Firma del solicitante**

---

**Fecha**

## Sistema de Información para la administración de Personas sin Hogar (HMIS) Consentimiento informado y autorización para la divulgación de información

Yo, (nombre del participante en letra de molde) \_\_\_\_\_, entiendo que (el médico de servicios) \_\_\_\_\_ recopila información sobre mí y/o mis dependientes que aparecen a continuación para introducirla en un sistema de base de datos llamado Sistema de Información para la Administración de Personas sin Hogar (HMIS). Esta base de datos nos ayuda a comprender mejor la situación de las personas sin hogar, a mejorar la prestación de servicios a estas personas y a evaluar la eficacia de los servicios que se les prestan. La participación en la recolección de datos y en la divulgación de los mismos, aunque es opcional, es un componente fundamental de la capacidad de nuestra comunidad para dar los servicios y la vivienda más eficaces posibles. La información que se recopila en la base de datos HMIS está protegida mediante la limitación del acceso a la base de datos y la limitación de las personas con las que se puede compartir la información, de conformidad con las normas establecidas por las regulaciones federales, estatales y locales que rigen la confidencialidad de los registros de los clientes. Todas las personas y agencias autorizadas para leer o introducir información en la base de datos tienen un acuerdo para mantener la seguridad y la confidencialidad de la información.

### AL FIRMAR ESTE DOCUMENTO, AUTORIZO LO SIGUIENTE:

**La información recopilada y preparada por esta agencia se incluirá en una base de datos HMIS de las agencias participantes en el Oregon Community Continuum of Care (OCCC) (*aparecer*), y solo se facilitará a las agencias participantes que tengan un acuerdo de participación en la HMIS, y se usará para:**

- a. Elaborar un perfil del cliente en el momento de la admisión que será compartido por las agencias colaboradoras.
- b. Elaborar informes anónimos y agregados sobre el hecho de que se usen los servicios.
- c. Realizar un seguimiento de los resultados a nivel de programa individual.
- d. Identificar las necesidades de servicios no cubiertas y planificar la prestación de nuevos servicios.
- e. Asignar recursos entre las agencias que participan en la prestación de servicios.

### AL FIRMAR ESTE DOCUMENTO, AUTORIZO LO SIGUIENTE:

Autorizo a las agencias participantes y a sus representantes a compartir información básica sobre los miembros de mi familia que aparecen a continuación y/o sobre mí. Entiendo que esta información tiene como finalidad evaluar mis/nuestras necesidades de vivienda, asistencia para el pago de servicios públicos, asesoramiento en materia de vivienda y/u otros servicios.

### LA INFORMACIÓN PUEDE CONSISTIR EN LA SIGUIENTE PPI (INFORMACIÓN PERSONAL PROTEGIDA):

• Nombre	• Historial de falta de vivienda
• Fecha de nacimiento	• Composición familiar
• Número de la Seguridad Social	• Situación laboral
• Género	• Condición de veterano
• Origen étnico y raza	• Condición de discapacidad
• Información sobre ingresos y beneficios no monetarios	• Violencia doméstica
• Información sobre vivienda	

### ENTIENDO QUE:

- La información que proporcione sobre problemas de salud física o mental no se compartirá con otras agencias participantes que no tengan completado un Acuerdo de Participación de la Agencia HMIS.
- Las agencias participantes han firmado acuerdos para tratar mi información de manera profesional y confidencial. Tengo derecho a consultar las políticas de confidencialidad de los clientes que se usan en las agencias participantes del HMIS.
- Los miembros del personal de las agencias participantes que verán mi información tienen acuerdos para mantener la confidencialidad de mi información.
- Entiendo que la participación en la recolección de datos es opcional y que puedo optar por no participar

## **Sistema de Información para la administración de Personas sin Hogar (HMIS)** **Consentimiento informado y autorización para la divulgación de información**

---

sin que ello me descalifique para recibir asistencia.

- La divulgación de mi información no garantiza que vaya a recibir asistencia, y mi negativa a autorizar que se use mi información tampoco me descalifica para recibir asistencia.
- Entiendo que puedo retirar mi consentimiento en cualquier momento.
- Esta autorización permanecerá en vigor hasta que retire mi consentimiento por escrito, y puedo revocar la autorización firmando una «Solicitud de visibilidad limitada», pero dicha cancelación no tendrá carácter retroactivo.
- Si revoco mi autorización, toda la información sobre mí que ya se encuentra en la base de datos permanecerá, pero dejará de ser visible para todas las agencias participantes.
- Mis registros están protegidos por las regulaciones federales, estatales y locales que rigen la confidencialidad de los registros de los clientes y no pueden ser divulgados sin mi consentimiento por escrito, a menos que se disponga lo contrario en las regulaciones.
- Los auditores o financiadores que tengan derechos legales para revisar el trabajo de esta agencia, incluido el Departamento de Vivienda y Desarrollo Urbano de los Estados Unidos, podrán ver mi información.
- Entiendo que mi información personal no se hará pública y solo se usará con estricta confidencialidad.
- Esta autorización es válida durante siete (7) años a partir de la fecha de mi firma a continuación.

**Agencias participantes:** Se puede consultar una lista de las agencias participantes en el Sistema de Atención Continua de la Comunidad de Oregon (OCCC) antes de firmar este documento. La información sobre el OCCC se puede encontrar en el sitio web: [oregonbos.org](http://oregonbos.org)

Haga aparecer a todos los hijos menores de 18 años que dependen de usted en el hogar, si los hay (nombre y apellidos):

1.	2.
3.	4.
5.	6.

**Por favor, marque con sus iniciales uno** de los siguientes niveles de consentimiento:

\_\_\_\_\_ Entiendo que la información personal protegida y otra información relevante se introducirá en el HMIS y se compartirá entre las agencias participantes.

\_\_\_\_\_ Entiendo que puedo optar por limitar la información personal protegida únicamente al organismo médico que aparece en este documento.

---

Firma del participante

Fecha

---

Nombre del personal de la agencia (en letra de imprenta)

---

Firma del personal de la agencia

Fecha



### Autorización para divulgar información

**Nombre del Cliente:** \_\_\_\_\_ **Punto de servicio nº:** \_\_\_\_\_

**Dirección:** \_\_\_\_\_

**Teléfono:** \_\_\_\_\_ **Fecha de nacimiento:** \_\_\_\_\_

Yo, \_\_\_\_\_, autorizo a la Mid Rogue Foundation a divulgar/revelar la siguiente información a:

**Nombre:** \_\_\_\_\_ **Organización:** \_\_\_\_\_

**Relación:** \_\_\_\_\_

**Dirección:** \_\_\_\_\_

**Teléfono:** \_\_\_\_\_ **Correo Electrónico:** \_\_\_\_\_

Información a divulgar/revelar:

- ☐ Nombre, fecha de nacimiento y número de DNI
- ☐ Admisión al programa
- ☐ Participación en el programa
- ☐ Documentación financiera
- ☐ Metas y objetivos del programa
- ☐ Progreso y estado actual hacia las metas y objetivos del programa
- ☐ Otro \_\_\_\_\_

Con el fin de:

- ☐ Coordinación de servicios
- ☐ Contacto en caso de emergencia
- ☐ Otro \_\_\_\_\_

**Firma del cliente:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_

**Nombre del cliente en letra de molde:** \_\_\_\_\_ **Hora:** \_\_\_\_\_

*Entiendo que puedo cancelar la autorización para que se use y divulgue mi información en cualquier momento por escrito. La única excepción es cuando se haya actuado basándose en la autorización. A menos que se revoque antes, este consentimiento caducará a los 90 días de la fecha de la firma o permanecerá en vigor durante el periodo razonablemente necesario para completar los servicios solicitados.*