

FORMULARIO DE ADMISIÓN DE NEBRASKA

Nombre: Primero _____ Inicial del Segundo Nombre _____

Apellido _____

Número de personas en el hogar: _____

Género: Mujer ___ Hombre ___ Transgénero ___ Otro ___

Número de Seguro Social: _____ - _____ - _____ O Desconocido O Negado

Fecha de Nacimiento ____/____/____ (Requerido)

Dirección: _____
Calle # de apartamento

Ciudad Estado Código postal

Condado de Residencia: _____

Dirección de Correo si es Diferente al del Hogar: _____

Código postal previo si es diferente a lo de arriba: _____

Método Preferido de Contacto: _____

Correo Electrónico (WX): _____

Ingreso Total del Hogar (Mensual): _____

Desalojo Pendiente: Sí ___ No ___ En Caso Afirmativo, Fecha: _____

Período de tiempo en condición actual:

1 Día o Menos	2-7 Días	1 Semana-Menos de 1 Mes
1-3 Meses	3 Meses-1 Año	1 Año o Más

***Tipo de situación de Vivienda:**

Dueño	Alquila	Otro Permanente
Refugio de Emergencia	Vivienda Subsidiada	Esta Sin Hogar (Adonde)
Refugio para Violencia Doméstica	Hotel	Otro:

***Número de veces de estar sin hogar en los últimos 3 años:**

Nunca	Una	Dos
Tres	Cuatro o Más	

Veterano Militar: Sí ___ No ___ **Servicio Militar Activo:** Sí ___ No ___

Ha sido Víctima de Violencia Doméstica: Sí ___ No ___ Cuando: _____
Esta Huyendo Ahora Mismo: Sí o No

Raza: (Si es más de 1 persona, #1 para la primaria #2 para la secundaria)

Indio Norteamericano/Nativo de Alaska	Asiático	Negro
Nativo de Hawái/Isleño del Pacífico	Blanco	Otro

Etnicidad: ___ Hispano ___ No Hispano

Idioma principal: _____

¿Ha estado en un Sistema de Cuidado Temporal? ___ Sí ___ No

¿Está embarazada? (Circule) Sí o **No**

Si marca Sí Fecha expectativa de Parto _____

Tipo de Hogar:

Sola Persona	Madre Soltera	Padre Soltero
Sistema de Cuidado Temporal	Hogar de 2 Padres	Pareja (Sin Niños)
Familias Mezcladas	Pareja (un Padre y Compañero/a) y niño/a (niños)	Multigeneracionales
	Abuelo(s) y niño(s)	Otro

Estado Civil: ___ Soltero/a ___ Casado/a ___ Separad/a

___ Divorciado/a ___ Viudo/a

NIVEL MÁS ALTO DE EDUCACIÓN:

Ningún	Educación fuera de los EEUU	Preescolar al Grado 4	Grado 5 o 6	Grado 7 o 8
Grado 9	Grado 10	Grado 11	Grado 12	Grado 12 sin diploma
Algún estudios Secundarios	Diploma de Secundario	Diploma GED (Desarrollo General [...] de Educación)	Algún Estudios Universitarios	Título Universitario
Algún Estudios de Escuela Técnica	Certificado Técnico	Licenciatura	Educación Superior	Cliente Negó Contestar

Empleo/Situación de Trabajo

Tiempo Entero	Tiempo Parcial	Trabajador Migratorio	Jubilado/a
Sin Empleo Menos de 6 Meses	Sin Empleo Mas de 6 Meses	Buscando Empleo	Sin Trabajo no Buscando Trabajo

Cantidad de Fuente de Ingresos para Usted Mismo/a:

Trabajo	SSA	SSI	SSDI	TANF
\$ _____	\$ _____	\$ _____	\$ _____	\$ _____
Manutención Infantil	Otro	Otro	Otro	Otro
\$ _____	\$ _____	\$ _____	\$ _____	\$ _____

¿Es Elegible para Manutención Infantil por Mandatos Judiciales? ___ Sí ___ No **¿Recibiendo?** ___ Sí ___ No

¿Discapacitado? ___ Sí ___ No

¿Determinación de Discapacidad? ___ Sí ___ No

Tipo de Discapacidad (Seleccione todos que Aplican):

Abuso de Alcohol	Abuso de Drogas	Abuso de Ambos Alcohol y de Drogas	Desarrollo
VIH/SIDA	Enfermedad Mental	Enfermedad Crónica	Movilidad Físico

¿Tiene Cobertura Médica? Sí ___ No ___

Medicaid	Medicare	CHIP del Estado	Administración de los Veteranos	Proporcionados por Empleador
COBRA	Pago Privado	Seguro del Estado para Adultos	A Través de ACA	Otro

¿Otros Beneficios no Monetarios? Sí ___ No ___

Estampillas de Comida \$ _____	LIHEAP \$ _____	TANF Cuidado de Niños \$ _____	Comprobante de Vivienda	ACA Subsidio \$ _____
HUD-VASH	Vivienda Publica	WIC	Head Start	Otro \$ _____

Miembros Adicionales que Residen en el Hogar

Primer nombre _____ Inicial _____

Apellido _____

Número de Seguro Social) (Opcional)

_____ - _____ - _____ Desconocido Negado

Fecha de nacimiento _____ / _____ / _____

(Se Requiere la Fecha de Nacimiento)

Género: Mujer Hombre Transgénero Otro

Raza: (#1 para la primaria #2 para la secundaria)

Indio Norteamericano/Nativo de Alaska

Hawaiano Nativo/Isla del Pacífico Asiático

Negro Blanco

Etnicidad: Hispano No Hispano

Relación al Encargado del Hogar:

(Esposo, Esposa, Hijo, Hija, Amistad) _____

¿Está Embarazada? Sí No

En caso afirmativo, ¿Fecha Expectativa de Parto? _____

NIVEL MÁS ALTO DE EDUCACIÓN:

Ningún	Educación fuera de los EEUU	Preescolar al Grado 4	Grado 5 o 6	Grado 7 o 8
Grado 9	Grado 10	Grado 11	Grado 12	Grado 12 Sin Diploma
Algún Estudios Secundarios	Diploma Secundario	Diploma GED	Algún Estudios Universitarios	Título Universitario
Algún Estudios de Escuela Técnica	Certificado Técnico	Licenciatura	Educación Superior	Ciente Negó

¿Ha estado en un Sistema de Cuidado Temporal?

Sí No

¿Veterano Militar? Sí No

¿Servicio Militar Activo? Sí No

Ha sido Víctima de Violencia Doméstica:

Sí No Cuando: _____

Esta Huyendo Ahora Mismo: Sí o No

Empleo/Situación de Trabajo: Tiempo Entero, Tiempo Parcial, Trabajador Migratorio, Jubilado/a, Sin Empleo Menos de 6 Meses, Sin Empleo Más de 6 Meses, Buscando Empleo, **Sin Trabajo NO Buscando Trabajo**

Fuente de Ingresos: Trabajo \$ _____, SSA \$ _____, SSI \$ _____, SSDI \$ _____, TANF \$ _____, Manutención Infantil \$ _____, Otro \$ _____

¿Elegible para la Manutención Infantil por Mandatos Judiciales? Sí No

¿Recibe la Manutención Infantil? Sí No

¿Ingreso Total? _____

¿Discapacitado? Sí No

¿Determinación de Discapacidad? Sí No

¿Recibe Pago por su Discapacidad? Sí No

Tipo de Discapacidad (Seleccione todos que apliquen):

Abuso de Alcohol Abuso de

Drogas, Abuso de Ambos Alcohol y Drogas

Desarrollo VIH/SIDA

Enfermedad Mental Enfermedad Crónica

Movilidad Física

¿Tiene Cobertura Médica? Sí No

Medicaid, Medicare, CHIP del Estado,

Administración de los Veteranos, COBRA, Pago

Privado, Seguro del Estado para Adultos, A Través

de ACA, Otro

¿Otros Beneficios Monetarios? Sí No

Estampillas de Comida, LIHEAP, TANF Cuidado de

Niños, Comprobante de Vivienda, ACA Subsidio, HUD-

VASH, Vivienda Pública, WIC, Head Start, Otro

¿Cuánto? _____

Primer nombre _____ Inicial _____

Apellido _____

Número de Seguro Social) (Opcional)

_____ - _____ - _____ Desconocido Negado

Fecha de nacimiento _____ / _____ / _____

(Se Requiere la Fecha de Nacimiento)

Género: Mujer Hombre Transgénero Otro

Raza: (#1 para la primaria #2 para la secundaria)

Indio Norteamericano/Nativo de Alaska

Hawaiano Nativo/Isla del Pacífico Asiático

Negro Blanco

Etnicidad: Hispano No Hispano

Relación al Encargado del Hogar:

(Esposo, Esposa, Hijo, Hija, Amistad) _____

¿Está Embarazada? Sí No

En caso afirmativo, ¿Fecha Expectativa de Parto? _____

NIVEL MÁS ALTO DE EDUCACIÓN:

Ningún	Educación fuera de los EEUU	Preescolar al Grado 4	Grado 5 o 6	Grado 7 o 8
Grado 9	Grado 10	Grado 11	Grado 12	Grado 12 Sin Diploma
Algún Estudios Secundarios	Diploma Secundario	Diploma GED	Algún Estudios Universitarios	Título Universitario
Algún Estudios de Escuela Técnica	Certificado Técnico	Licenciatura	Educación Superior	Ciente Negó

¿Ha estado en un Sistema de Cuidado Temporal?

Sí No

¿Veterano Militar? Sí No

¿Servicio Militar Activo? Sí No

Ha sido Víctima de Violencia Doméstica:

Sí No Cuando: _____

Esta Huyendo Ahora Mismo: Sí o No

Empleo/Situación de Trabajo: Tiempo Entero, Tiempo Parcial, Trabajador Migratorio, Jubilado/a, Sin Empleo Menos de 6 Meses, Sin Empleo Más de 6 Meses, Buscando Empleo, **Sin Trabajo NO Buscando Trabajo**

Fuente de Ingresos: Trabajo \$ _____, SSA \$ _____, SSI \$ _____, SSDI \$ _____, TANF \$ _____, Manutención Infantil \$ _____, Otro \$ _____

¿Elegible para la Manutención Infantil por Mandatos Judiciales? Sí No

¿Recibe la Manutención Infantil? Sí No

¿Ingreso Total? _____

¿Discapacitado? Sí No

¿Determinación de Discapacidad? Sí No

¿Recibe Pago por su Discapacidad? Sí No

Tipo de Discapacidad (Seleccione todos que apliquen):

Abuso de Alcohol Abuso de

Drogas, Abuso de Ambos Alcohol y Drogas

Desarrollo VIH/SIDA

Enfermedad Mental Enfermedad Crónica

Movilidad Física

¿Tiene Cobertura Médica? Sí No

Medicaid, Medicare, CHIP del Estado,

Administración de los Veteranos, COBRA, Pago

Privado, Seguro del Estado para Adultos, A Través

de ACA, Otro

¿Otros Beneficios Monetarios? Sí No

Estampillas de Comida, LIHEAP, TANF Cuidado de

Niños, Comprobante de Vivienda, ACA Subsidio, HUD-

VASH, Vivienda Pública, WIC, Head Start, Otro

¿Cuánto? _____

Primer nombre _____ Inicial _____

Apellido _____

Número de Seguro Social) (Opcional)

_____ - _____ - _____ Desconocido Negado

Fecha de nacimiento _____ / _____ / _____

(Se Requiere la Fecha de Nacimiento)

Género: Mujer Hombre Transgénero Otro

Raza: (#1 para la primaria #2 para la secundaria)

Indio Norteamericano/Nativo de Alaska

Hawaiano Nativo/Isla del Pacífico Asiático

Negro Blanco

Etnicidad: Hispano No Hispano

Relación al Encargado del Hogar:

(Esposo, Esposa, Hijo, Hija, Amistad) _____

¿Está Embarazada? Sí No

En caso afirmativo, ¿Fecha Expectativa de Parto? _____

NIVEL MÁS ALTO DE EDUCACIÓN:

Ningún	Educación fuera de los EEUU	Preescolar al Grado 4	Grado 5 o 6	Grado 7 o 8
Grado 9	Grado 10	Grado 11	Grado 12	Grado 12 Sin Diploma
Algún Estudios Secundarios	Diploma Secundario	Diploma GED	Algún Estudios Universitarios	Título Universitario
Algún Estudios de Escuela Técnica	Certificado Técnico	Licenciatura	Educación Superior	Ciente Negó

¿Ha estado en un Sistema de Cuidado Temporal?

Sí No

¿Veterano Militar? Sí No

¿Servicio Militar Activo? Sí No

Ha sido Víctima de Violencia Doméstica:

Sí No Cuando: _____

Esta Huyendo Ahora Mismo: Sí o No

Empleo/Situación de Trabajo: Tiempo Entero, Tiempo Parcial, Trabajador Migratorio, Jubilado/a, Sin Empleo Menos de 6 Meses, Sin Empleo Más de 6 Meses, Buscando Empleo, **Sin Trabajo NO Buscando Trabajo**

Fuente de Ingresos: Trabajo \$ _____, SSA \$ _____, SSI \$ _____, SSDI \$ _____, TANF \$ _____, Manutención Infantil \$ _____, Otro \$ _____

¿Elegible para la Manutención Infantil por Mandatos Judiciales? Sí No

¿Recibe la Manutención Infantil? Sí No

¿Ingreso Total? _____

¿Discapacitado? Sí No

¿Determinación de Discapacidad? Sí No

¿Recibe Pago por su Discapacidad? Sí No

Tipo de Discapacidad (Seleccione todos que apliquen):

Abuso de Alcohol Abuso de

Drogas, Abuso de Ambos Alcohol y Drogas

Desarrollo VIH/SIDA

Enfermedad Mental Enfermedad Crónica

Movilidad Física

¿Tiene Cobertura Médica? Sí No

Medicaid, Medicare, CHIP del Estado,

Administración de los Veteranos, COBRA, Pago

Privado, Seguro del Estado para Adultos, A Través

de ACA, Otro

¿Otros Beneficios Monetarios? Sí No

Estampillas de Comida, LIHEAP, TANF Cuidado de

Niños, Comprobante de Vivienda, ACA Subsidio, HUD-

VASH, Vivienda Pública, WIC, Head Start, Otro

¿Cuánto? _____

Sistema de Gestión de Información de Nebraska

Divulgación de Información del Cliente

El Sistema de Gestión de Información de Nebraska (NMIS) administra una base de datos de información de servicios para personas sin hogar para mejorar la coordinación de los servicios que apoyan a las personas sin hogar o en riesgo de quedarse sin hogar y para comprender mejor la falta de vivienda, mejorar la prestación de servicios y evaluar la eficacia de los servicios prestados. La participación en la recopilación de datos es un componente crítico de la capacidad de nuestra comunidad para brindar los servicios y la vivienda más efectivos posibles. La información que se recopila se protege limitando el acceso a la base de datos y limitando la información que se puede compartir.

La información que se recopilará y compartirá puede incluir:

- nombre, fecha de nacimiento, género, raza, etnicidad, número de seguro social, información de contacto, ubicación, residencia anterior
- condición de discapacidad, estado de veterano, violencia doméstica, foto (si corresponde)
- composición familiar, ingresos, beneficios no monetarios, historial de estar sin hogar, información de vivienda, seguro médico
- entrada y salida del programa, evaluaciones, servicios prestados

Como parte de la evaluación de Community Response y Connected Youth Initiative, sus datos se compartirán con Nebraska Children y sus evaluadores del Munroe-Meyer Institute. Su nombre no se incluirá en ninguna de la información que se proporcione al equipo de evaluación. Todos los datos se resumen como un grupo. Puede optar por no participar en la evaluación. Si tiene preguntas, llame a la Dra. Amanda Prokasky al 402-552-6865. El equipo de Respuesta Comunitaria del Condado de Buffalo (BCCR) no discrimina por motivos de raza, color de piel, nacionalidad, género, orientación/identidad sexual, edad, religión, afiliación política, estado civil, estado familiar, estado de discapacidad o cualquier otra base protegida de discriminación como proveen aplicable según leyes del estado y federal. El equipo de Respuesta Comunitaria del Condado de Buffalo (BCCRT) es un enfoque colaborativo para conectar a los hogares que necesitan asistencia con las necesidades básicas y / o experimentan factores estresantes en la vivienda (por ejemplo, no pueden cumplir con las obligaciones de alquiler o servicios públicos, enfrentan el desalojo, huyen de la violencia doméstica u otras situaciones inestables de vivienda) con apoyo y asistencia financiera. Al firmar este formulario, autorizo lo siguiente:

- Por este medio certifico que al mejor de mi conocimiento la información contenida aquí es verdad, es correcta y completa y que todos los accesorios proporcionados por mí, verificando mis ingresos, son válidos.
- consentimiento para compartir información con agencias y socios del BCCRT que están revisando mi solicitud y proporcionando asistencia financiera y otros servicios.
- consentimiento para las agencias que componen el BCCRT para discutir la información con el propósito de evaluar mis / nuestras necesidades de vivienda, asistencia con

Acepto que se comparta mi información para la evaluación. _____ Sí _____ NO

Al firmar este formulario, autorizo lo siguiente:

La información recopilada por esta agencia se incluirá en Clarity Human Services y solo las agencias asociadas, que hayan celebrado un Acuerdo de participación de la agencia HMIS, pueden usarla para:

- Mi información se compartirá con el fin de evaluar mis necesidades de vivienda, asistencia con los servicios públicos, alimentos, consejería y/u otros servicios.
- Toda persona y toda agencia que esté autorizada para leer o ingresar información al sistema ha firmado un acuerdo para mantener la seguridad y confidencialidad de la información. Tengo derecho a ver las políticas de confidencialidad del cliente utilizadas por las Agencias Participantes de NMIS y a ver una lista de las Agencias Participantes antes de firmar este formulario.
- El acceso y el intercambio de datos de NMIS cumplen con las regulaciones federales, estatales y locales que protegen la confidencialidad de los registros de los clientes. Mi información no puede ser divulgada sin mi consentimiento por escrito a menos que se disponga lo contrario en los reglamentos.
- Los auditores o patrocinadores que tienen derechos legales para revisar el trabajo de esta agencia, incluido el Departamento de Vivienda y Desarrollo Urbano de los EE. UU. y el Programa de Asistencia para Personas sin Hogar del Departamento de Salud y Servicios Humanos de Nebraska, pueden ver mi expediente completo si los servicios recibidos son financiados por su organización.
- Firmar esta Liberación de Información no garantiza que recibiré asistencia.
- La negación a autorizar el intercambio de mi información no me descalifica de recibir asistencia
- Este comunicado es válido por un año a partir de la fecha de mi firma a continuación, a menos que se indique lo contrario*.
- Puedo retirar mi consentimiento en cualquier momento. Esta autorización permanecerá vigente hasta que yo la revoque por escrito. Si revoco mi autorización, toda la información sobre mí que ya está en la base de datos permanecerá.

ID HMIS CLIENTE

DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN DEL CLIENTE

___ Sí, estoy de acuerdo en compartir mi información de NMIS Fecha de vencimiento (si es diferente a 1 año) _____
 O

___ No, no estoy de acuerdo en compartir mi información de NMIS. Solo nuestra agencia verá su información de participación en el programa.

Nombre del Cliente en letra de molde Firma del Cliente Fecha

Firma del Guardian o Representante Autorizado (cuando se requiera) Parentesco Fecha

Nombre del Personal de la Agencia en letra de molde Fecha

Esta divulgación de información también se aplica a los siguientes hijos dependientes en el hogar que tienen 18 años de edad o menos:

Primer Nombre	Apellido(s)	Fecha de Nacimiento	Primer Nombre	Apellido(s)	Fecha de Nacimiento
_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____