

|  |
| --- |
| Viviendo en Saint Louise House |
| El propósito de Saint Louise House es capacitar a mujeres sin hogar y a sus hijos para superar su situación y mantener una vivienda segura y estable. Las participantes del programa se reúnen con su trabajadora de casos (‘case manager’) semanalmente. Juntas las dos trabajan en sus metas de largo y de corto plazo con respecto a empleo, educación, administración financiera, auto-asistencia, cuidado de los niños, necesidades médicas, sistema de apoyo, transmisión de conocimientos útiles, y participación comunitaria. Es la creencia de Saint Louise House que cuando las participantes del programa se involucran activamente en el trabajo pueden crear y lograr sus metas.Para calificar a vivir en Saint Louise House, la solicitante debe:* Estar encargada de su familia y madre soltera con custodia de su hijos
* Estar sin hogar actualmente (en el presente)
* Tener ingresos comprobable y utilizable para pagar las cuentas
* Ser capaz de abrir una cuenta de luz en su propio nombre
* Disposición y capacidad para trabajar y/o asistir a la escuela
* Disposición y capacidad para participar en los servicios de apoyo y manejo de casos, y seguir las pautas del programa

**Lista de requisitos para solicitar la entrada a Saint Louise House**Debe entregar una copia de los siguientes documentos junto con la solicitud para ser considerada para entrar a Saint Louise House. |
|  |  | Solicitud completa |
|  |  | Pruebas de ingresos (por ejemplo: SSI, SSDI, o estado de cuenta de SS, talón de cheque de sueldo, etc.) |
|  |
|  |  | Licencia de manejo o identificación estatal |
|  |  | Tarjeta de seguro social para residentes estadounidenses (si aplica) |
|  |  | Credencial de vacunación de cada hijo (se requieren vacunas a menos que exista una necesidad médica documentada de un retraso o restricción del calendario de vacunas) |
|  |
|  |  | Llamar para verificar que la solicitud llego y **después por lo menos una vez al mes**  |
| Si se le ofrece un departamento en Saint Louise House, las solicitantes tendrán que cumplir con los siguientes requisitos antes de firmar el contrato:* Dar una copia de sus antecedentes penales
* Tomar una prueba antidopaje con un testigo presente
* Ser capaz de pagar $100 de depósito de garantía antes de mudarse
* Verificar que el servicio eléctrico quede a nombre de la solicitante del departamento

Solicitudes completas pueden ser enviadas por correo electrónico a admissions@saintlouisehouse.org, por fax a (512) 326-2290, o por correo a: Saint Louise House Admissions, PO Box 150637, Austin, TX 78715 |

**Saint Louise House**

**Solicitud de Vivienda**

***Envíe por fax la solicitud completa con los documentos al 512-326-2290 o envíela por correo electrónico a*** ***admissions@saintlouisehouse.org******; Llame al 512-326-2774 con cualquier pregunta.***

|  |
| --- |
| **Información personal** |
| Nombre       Edad       Fecha de hoy        |
| Número de Seguro Social      -     -      Fecha de Nacimiento        |
| Número de Contacto       Correo Electrónico       |
| Ciudadanía**[ ]**  Estados Unidos [ ]  Otra: (por favor especifique)       |
| Dirección actual       |
| Ciudad       Estado       Condado       Código Postal       ¿Cuál es su idioma materno?       |
| Etnia [ ]  Hispana o Latina [ ]  No Hispana o No Latina  |
| Raza [ ]  Americano Nativo o Nativo de Alaska [ ]  Asiático [ ]  Negro o Afro-Americano [ ]  Nativo de Hawaii o de las islas Pacíficas [ ]  Blanco [ ]  Americano Nativo/ Nativo de Alaska Y Blanco [ ]  Negro/Afro-Americano y Blanco [ ]  Multi racial (otro) [ ]  Americano Nativo/Nativo de Alaska y Negro/Africano-Americano [ ]  Otra |
| **Información de quién la refirió** |
| ¿Qué agencia o persona la refirió a Saint Louise House?      Si la refirió una agencia ¿Quién es su persona de contacto ahí?       |
| ¿Cuál es el número de teléfono de su persona contacto?       |
| ¿Cuánto tiempo ha trabajado con esta agencia?       |

|  |
| --- |
| **Dependientes (Por favor incluya a todos los niños menores de 18 años)** |
| **Niño 1** |
| Nombre       Edad      Numero de Seguro Social      -     -      Fecha de Nacimiento       |
| Etnia [ ]  Hispano o Latino [ ]  No Hispano o No Latino |
| Raza [ ]  Americano Nativo o Nativo de Alaska [ ]  Asiático [ ]  Negro o Afro-Americano [ ]  Nativo de Hawaii o de las islas Pacíficas [ ]  Blanco [ ]  Americano Nativo/ Nativo de Alaska Y Blanco [ ]  Negro/Afro-Americano y Blanco [ ]  Multi racial (otro) [ ]  Americano Nativo/Nativo de Alaska y Negro/Africano-Americano[ ]  Otra |
| ¿Este niño estará viviendo con usted?[ ]  Sí [ ]  No |
|  Si no, ¿En dónde vive?      |
| ¿Este niño ha vivido alguna vez con otra persona que no sea usted?[ ]  Sí [ ]  No |
|  Si sí ¿Con quién?      desde       hasta       |
| **Niño 2** |
| Nombre       Edad      Número de Seguro Social      -     -      Fecha de Nacimiento       |
| Etnia [ ]  Hispano o Latino [ ]  No Hispano o No Latino |
| Raza [ ]  Americano Nativo o Nativo de Alaska [ ]  Asiático [ ]  Negro o Afro-Americano [ ]  Nativo de Hawaii o de las islas Pacíficas [ ]  Blanco [ ]  Americano Nativo/ Nativo de Alaska Y Blanco [ ]  Negro/Afro-Americano y Blanco [ ]  Multi racial (otro) [ ]  Americano Nativo/Nativo de Alaska y Negro/Africano-Americano[ ]  Otra |
| ¿Este niño estará viviendo con usted? [ ]  Sí [ ]  No |
|  Si no, ¿En dónde vive?       |
| ¿Este niño ha vivido alguna vez con otra persona que no sea usted? [ ]  Sí [ ]  No |
|  Si sí ¿Con quién?      desde       hasta      |
| **Niño 3** |
| Nombre       Edad      Número de Seguro Social      -     -      Fecha de Nacimiento       |
| Etnia [ ]  Hispano o Latino [ ]  No Hispano o No Latino |
| Raza [ ]  Americano Nativo o Nativo de Alaska [ ]  Asiático [ ]  Negro o Afro-Americano [ ]  Nativo de Hawaii o de las islas Pacíficas [ ]  Blanco [ ]  Americano Nativo/ Nativo de Alaska Y Blanco [ ]  Negro/Afro-Americano y Blanco [ ]  Multi racial (otro) [ ]  Americano Nativo/Nativo de Alaska y Negro/Africano-Americano[ ]  Otra |
| ¿Este niño estará viviendo con usted? [ ]  Sí [ ]  No |
|  Si no, ¿En dónde vivirá?       |
| ¿Este niño ha vivido alguna vez con otra persona que no sea usted?[ ]  Sí [ ]  No |
|  Si sí ¿Con quién?       desde       hasta       |
| **Niño 4** |
| Nombre       Edad      Número de Seguro Social      -     -      Fecha de Nacimiento       |
| Etnia [ ]  Hispano o Latino [ ]  No Hispano o No Latino |
| Raza [ ]  Americano Nativo o Nativo de Alaska [ ]  Asiático [ ]  Negro o Afro-Americano [ ]  Nativo de Hawaii o de las islas Pacíficas [ ]  Blanco [ ]  Americano Nativo/ Nativo de Alaska Y Blanco [ ]  Negro/Afro-Americano y Blanco [ ]  Multi racial (otro) [ ]  Americano Nativo/Nativo de Alaska y Negro/Africano-Americano[ ]  Otra |
| ¿Este niño estará viviendo con usted?[ ]  Sí [ ]  No |
|  Si no, ¿En dónde vive?      |
| ¿Este niño ha vivido alguna vez con otra persona que no sea usted?[ ]  Sí [ ]  No |
|  Si sí ¿Con quién?      desde       hasta        |
| ***En este momento no estamos en capacidad de aceptar familias con más de cinco integrantes*** |
| **Educación** |
| *Marque la opción que corresponda al máximo grado de educación que ha obtenido* |
| [ ]  Último grado cursado       [ ]  Bachillerato/ High School  |
| [ ]  GED [ ]  Algo de Universidad ¿En dónde?       |
| [ ]  Escuela vocacional ¿En dónde?       Tipo de entrenamiento       |
| [ ]  Título Universitario ¿En dónde?       Tipo de título      |
| ¿Está actualmente en una escuela o programa de entrenamiento? [ ]  Sí [ ]  No |
| Si está, por favor conteste las siguientes preguntas: |
|  ¿Cuál es el nombre del programa o la escuela?       |
|  ¿Quién es su persona contacto?       Número de Contacto       |
|  ¿Qué tipo de entrenamiento es?       |
| ¿Cuál es su meta educativa?       |
| ¿Tiene Ud. un plan para lograr esta meta?       |
| **Empleo** |
| Por favor escriba sus últimos 3 empleos, empezando con el más reciente: |
| **Patrὁn 1** |
| Patrὁn       Puesto       Ciudad, Estado       |
| Fecha de comienzo       ¿Cuánto ganaba por hora?       |
| ¿Cuando dejó este trabajo?        |
| ¿En promedio, cuantas horas trabajaba cada semana?       |
| ¿Cuál fue su responsabilidad principal en el trabajo?       |
| ¿Cuáles otras responsabilidades tenía con este trabajo?       |
| ¿Qué partes de este trabajo disfrutó Ud.?       |
| ¿Cómo manejó Ud. Los retos o el estrés de este trabajo?       |
| Razón de terminar       |
| **Patrὁn 2** |
| Patrὁn       Puesto       Ciudad, Estado       |
| Fecha de comienzo       ¿Cuánto ganaba por hora?       |
| ¿Cuando dejó este trabajo?        |
| ¿En promedio, cuantas horas trabajaba cada semana?       |
| ¿Cuál fue su responsabilidad principal en el trabajo?       |
| ¿Cuáles otras responsabilidades tenía con este trabajo?       |
| ¿Qué partes de este trabajo disfrutó Ud.?       |
| ¿ Cómo manejó Ud. Los retos o el estrés de este trabajo?       |
| Razón de terminar       |
| **Patrὁn 3** |
| Patrὁn       Puesto       Ciudad, Estado       |
| Fecha de comienzo       ¿Cuánto ganaba por hora?       |
| ¿Cuando dejó este trabajo?        |
| ¿En promedio, cuantas horas trabajaba cada semana?       |
| ¿Cuál fue su responsabilidad principal en el trabajo?       |
| ¿Cuáles otras responsabilidades tenía con este trabajo?       |
| ¿Qué partes de este trabajo disfrutó Ud.?       |
| ¿ Cómo manejó Ud. Los retos o el estrés de este trabajo?       |
| Razón de terminar       |
| ***Si tiene un currículo por favor adjúntelo a la solicitud*** |
| ¿Está empleada actualmente? [ ]  Sí [ ]  No  |
| Si sí, ¿En dónde?       ¿Cuántas horas trabaja ahí por semana?       |
| Si no está empleada haga una lista de los lugares a los cuales ha aplicado en las últimas dos semanas       |
| Cuál de las siguientes razonas hace que a usted se le complique el encontrar trabajo [ ]  Transporte [ ]  No tiene historial de trabajo [ ]  Cuidado de niños[ ]  Salud física [ ]  Salud mental [ ]  Antecedentes penales/criminales [ ]  Historial de Abuso de Alcohol/Drogas [ ]  No tiene currículo [ ]  Educación [ ]  Otra       |
| **m** |
| Marque Ud. el No. 1 si esta totalmente de acuerdo hasta el No. 5 si esta totalmente en desacuerdo Me gusta trabajar en equipo [ ]  1 [ ]  2 [ ]  3 [ ]  4 [ ]  5 |
| Me gusta trabajar sola[ ]  1 [ ]  2 [ ]  3 [ ]  4 [ ]  5 |
| **Voluntariado realizado** (Por favor nombre los lugares en donde ha hecho voluntariado en los últimos 10 años) |
| Lugar       Año       Duración      |
| Lugar       Año       Duración      |
| Lugar       Año       Duración      |
| **Vivienda** |
| ¿Cuándo se quedó sin casa?       |
| ¿Cómo se quedó sin casa?       |
| ¿Cuánto tiempo lleva sin casa?       |
| ¿En dónde pasó la noche de ayer?       |
| Por favor, nombre los últimos tres lugares en donde ha vivido comenzando con el más reciente:      |
| **Lugar 1** |
| Lugar/Dirección       |
| Desde       Hasta       |
| ¿A nombre de quien estaba el contrato?       ¿Cuánto pagaba de renta?       |
| ¿Quién pagaba la renta?       ¿Por qué se fue?       |
| ¿La corrieron de esta vivienda? [ ]  Sí [ ]  No [ ]  No sé |
| ¿Le debe dinero al propietario? [ ]  Sí [ ]  No [ ]  No sé |
| **Lugar 2** |
| Lugar/Dirección       |
| Desde       Hasta       |
| ¿A nombre de quien estaba el contrato?       ¿Cuánto pagaba de renta?       |
| ¿Quién pagaba la renta?       ¿Por qué se fue?       |
| ¿La corrieron de esta vivienda? [ ]  Sí [ ]  No [ ]  No sé |
| ¿Le debe dinero al propietario? [ ]  Sí [ ]  No [ ]  No sé |
| **Lugar 3** |
| Lugar/Dirección       |
| Desde       Hasta       |
| ¿A nombre de quien estaba el contrato?       ¿Cuánto pagaba de renta?       |
| ¿Quién pagaba la renta?       ¿Por qué se fue?       |
| ¿La corrieron de esta vivienda? [ ]  Sí [ ]  No [ ]  No sé |
| ¿Le debe dinero al propietario? [ ]  Sí [ ]  No [ ]  No sé |
| ¿Cuántas veces se ha quedado sin casa?       |
| Fechas estimadas de los incidentes más frecuentes de quedarse sin casa:  |
| 1) desde      hasta       2) desde       hasta      3)desde       hasta       |
| ¿Alguna vez la han corrido? [ ]  Sí [ ]  No [ ]  No sé |
| ¿Alguna vez ha tenido una casa o un tráiler propio? [ ]  Sí [ ]  No  |
| ¿Ha vivido en una vivienda de asistencia? [ ]  Sí [ ]  No [ ]  No sé |
| Si sí, ¿Cuándo?       ¿En dónde?       |
|  ¿Por qué se fue de ahí?       |
| ¿Ha vivido en vivienda subsidiada o Section 8/Public housing?[ ]  Sí [ ]  No [ ]  No sé |
| Si sí, ¿Cuándo?       ¿En dónde?       |
|  ¿Por qué se fue de ahí?       |
| Por favor nombre todos los programas de vivienda a los cuales ha aplicado en el último mes:       |
| ¿Cuál es el estado de estas solicitudes?       |
| ¿Está en la lista de espera de Housing Authority of the City of Austin public housing? [ ]  Sí [ ]  No  |
|  Si sí, ¿Qué número tiene usted en la lista de espera?       |
| ¿Está en alguna lista de espera para Section 8? [ ]  Sí [ ]  No Si sí ¿En cuáles?       |
| **Familia y Grupo de Apoyo** |
| ¿Ud. Tiene custodia legal de sus hijos? [ ]  Sí [ ]  No Si no, ¿Quién la tiene?       |
| ¿Con quién puede Ud. contar cuando necesita ayuda en los siguientes ámbitos?  Asistencia financiera:       |
|  Cuidado de los niños:       |
|  Un lugar para quedarse:       |
|  Apoyo emocional:       |
| ¿Con que agencias trabaja actualmente?       |
| ¿Con que agencias ha trabajado en el pasado?       |
| ¿Ha trabajado con un administrador de casos/ asistente social en el pasado? [ ]  Sí [ ]  No  |
|  Si sí ¿Con quién y en dónde?       |
| ¿En dónde se ve usted de aquí a un año?       |
| **Legal** |
| ¿Ud. tiene algún problema legal (ej., divorcio, custodia de los hijos, manutención, orden de protección, libertad condicional, etc.)? [ ]  Sí [ ]  No [ ]  No sé |
|  Si sí ¿Cuál es el problema?       |
| ¿Ud. está involucrada con Child Protective Services? [ ]  Sí [ ]  No [ ]  No sé |
|  Si sí, ¿Cuál es el estatus de su caso?       |
| ¿Ud. tiene alguna infracción o multa que debe pagar? [ ]  Sí [ ]  No [ ]  No sé |
|  Si sí, ¿Cuál fue la infracción?       |
| ¿Ud. tiene una orden de arresto? [ ]  Sí [ ]  No [ ]  No sé |
|  Si sí, ¿Por qué le pusieron esta orden?       |
| ¿Alguna vez la han encontrado culpable de un delito menor? [ ]  Sí [ ]  No [ ]  No sé |
|  Si sí ¿Por qué fue?       ¿Cuándo fue?       |
| ¿Alguna vez la han encontrado culpable de un delito mayor? [ ]  Sí [ ]  No [ ]  No sé |
|  Si sí ¿Por qué fue?       ¿Cuándo fue?       |
| ¿Alguna vez ha estado presa? [ ]  Sí [ ]  No [ ]  No sé |
|  Si sí ¿Por qué fue?       ¿Cuándo fue?       |
| ¿Está en libertad condicional? [ ]  Sí [ ]  No [ ] No sé  |
| ¿Está en libertad vigilada? [ ]  Sí [ ]  No [ ]  No sé |
|  Si está en libertad condicional o vigilada ¿Cuál es el nombre del oficial con quien trabaja?       |
|  ¿Cuál es la información de contacto del oficial?       |
|  ¿Cuándo termina su libertad condicional o vigilada?       |
|  ¿Cuánto le cuesta o tiene gastos por esta vigilancia?       |
|  ¿Cuáles son los requisitos por esto (ej. clases, terapia, servicio a la comunidad)?      |
| ¿Alguno de sus hijos ha sido encontrado culpable de algún acto delictivo?  [ ]  Sí [ ]  No [ ]  No sé |
|  Si sí ¿Cuál niño?       Razón de la condena       |
| **Ingresos/Deuda** |
| **Ingreso Mensual** *(Anote cuanto recibe mensualmente de cada categoría además las deudas y préstamos con su familia)* |
| Empleo        *Desempleo*       |
| *TANF* *Prestaciones de VA*  |
| Manutención de niños*Worker’s Comp*  |
| *SSI (Seguro Social)*       Otra (por favor especifique)       |
| *SSDI (Discapacidad)*       **Ingreso Total**  |
| **Cuenta Corriente y de Ahorro** |
| ¿La familia tiene ahorros? [ ]  Sí [ ]  No  |
|  Si sí ¿Cuánto?       |
| ¿Tiene una cuenta bancaria? [ ]  Sí [ ]  No  |
|  Si sí ¿Cuánto es su balance actual? Cta. De Cheques       Cta. De Ahorro       |
|  ¿Cuál es el costo mensual de estas cuentas?       |
| ¿Alguna vez se ha declarado en bancarrota? [ ]  Sí [ ]  No  |
| **Deudas** *(Escriba el monto que debe en cada una de las siguientes categorías)* |
| Renta sin pagar       Otros servicios públicos        |
| Préstamo automotriz       Multas       |
| Tarjetas de crédito       Cuidado de niños       |
| Cuentas médicas       Préstamo personal o estudiantil       |
| Electricidad       Libertad condicional       |
| Teléfono       Otra       |
| Liste los muebles y otros bienes para la vivienda que usted posee y que son suyos:       |
| **Médico** |
| ¿Cuáles son sus proveedores de servicio de salud?      Nombre de la Clínica u Hospital       |
| Nombre del Doctor       |
| Dirección       |
| ¿Qué hospital prefiere usted?       |
| ¿Está embarazada actualmente? [ ]  Sí [ ]  No [ ]  No sé  |
|  Si sí, ¿Cuál es su fecha estimada de parto?       |
| ¿Qué tipo de cobertura tiene usted en su seguro de salud? (marque todas las que apliquen) |
| [ ]  MAP [ ]  Medicaid [ ]  CHIP [ ]  Seguro privado [ ] Otra:      [ ]  No tengo seguro de salud |
| ¿Qué tipo de cobertura tienen sus hijos en su seguro de salud? (marque todas las que apliquen) |
| [ ]  MAP [ ]  Medicaid [ ]  CHIP [ ]  Seguro privado [ ] Otra:      [ ]  Mis hijos no tienen seguro de salud |
| **Alcohol y drogas** |
| Marque de las siguiente opciones aquellas que haya usado: [ ]  Heroína [ ]  Cocaína [ ]  Crack [ ]  Marihuana[ ]  Speed [ ]  Éxtasis [ ]  Depresores [ ]  Analgésicos [ ]  Hongos alucinógenos[ ]  LSD [ ]  Inhalantes [ ]  Metanfetaminas |
| Fecha estimada de la última vez que consumió alcohol       |
| Fecha estimada de la última vez que consumió drogas       |
| ¿Tiene algún historial de uso de drogas y/o alcoholismo? [ ]  Sí [ ]  No [ ]  No sé  |
|  Si sí, ¿Que consumía?       |
|  ¿Cuántas veces ha sido tratada por este problema?       |
|  ¿En dónde recibió este tratamiento?       |
|  ¿Cuándo completó este programa?       |
|  ¿Desde hace cuanto tiempo se encuentra sobria?       |
| ¿Qué servicio de apoyo está utilizando para ayudar a su recuperación? (Marque todos los que aplican)[ ]  AA/NA/CA [ ]  Al-Anon [ ]  Terapia [ ]  Ninguno [ ]  Otro       |
| ¿Cuántas bebidas alcohólicas consume usted semanalmente?

|  |
| --- |
| **Transporte & Cuidado para niños** |
| ¿Cuál es su medio de transporte actual? (Marque todos los que aplican) |
| [ ]  Bus [ ]  Amigo o pariente [ ]  Auto (Si marcó esta opción, ¿Posee usted un Auto? [ ]  Sí [ ]  No) |
| ¿Esta forma de transporte es confiable? [ ]  Sí [ ]  No |
|  Si no, por favor explique por qué no       |
| Actualmente, ¿Qué sistema de cuidado de niños tiene?       |
| ¿Cuál es el nombre de la guardería o lugar en donde cuidan a sus hijos?       |

 |
| **Contactos de Emergencia** |
| **Persona 1** |
| Nombre       Relación que tiene con usted       Teléfono Contacto        |
| Dirección      |
| Ciudad       Estado       Condado       Código Postal       |
| **Persona 2** |
| Nombre       Relación que tiene con usted       Teléfono Contacto        |
| Dirección       |
| Ciudad       Estado       Condado       Código Postal       |
| **Planes futuros** |
| Describa brevemente lo que desea lograr al mudarse a Saint Louise House.      |
|  |
| ¿En qué áreas necesita apoyo o ayuda actualmente? (Por favor marque aquellas que apliquen)Cuidado de Niños [ ]  Recibo [ ]  Necesito [ ]  No necesito Salud mental [ ]  Recibo [ ]  Necesito [ ]  No necesito Asesoría para la adicción [ ]  Recibo [ ]  Necesito [ ]  No necesitoEducación/Entrenamiento ­­­­­­­ [ ]  Recibo [ ]  Necesito [ ]  No necesitoEmpleo [ ]  Recibo [ ]  Necesito [ ]  No necesito Administración financiera [ ]  Recibo [ ]  Necesito [ ]  No necesitoApoyo legal [ ]  Recibo [ ]  Necesito [ ]  No necesitoApoyo en técnicas para padres [ ]  Recibo [ ]  Necesito [ ]  No necesitoTransporte [ ]  Recibo [ ]  Necesito [ ]  No necesitoEspiritual ­­­ [ ]  Recibo [ ]  Necesito [ ]  No necesito |
|  |

**La información contenida en esta aplicación es correcta hasta donde mi conocimiento indica**

**Solicitante**: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **Date**: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**Revisado por**: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **Date**: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

(Firma de algún encargado de Saint Louise House)

Saint Louise House y la Ciudad de Austin/Corporación de Financiamiento de Vivienda en Austin no discriminan por discapacidad en la admisión o el acceso, o en el tratamiento o empleo de sus programas y actividades. Dolores González ha sido designada como la Coordinadora de la Sección de la Ciudad 504/ADA. Si Ud. tiene cualquier pregunta o reclamos acerca de sus derechos bajo la Sección 504/ADA, por favor comuníquese con ella al número 974-3256 (mensaje de voz) o 974-2445 (TTY).

Saint Louise House y la Ciudad de Austin/Corporación de Financiamiento de Vivienda en Austin se adhieren al Acta de Americanos con Discapacidades (ADA) y Sección 504 del Acta de Rehabilitación de 1973, como ha sido enmendado. Se proveerá la petición, las modificaciones razonables y el acceso equitativo a los comunicados. Por favor llamar al 472-6882 (mensaje de voz) o Relay Texas al 1-800-735-2989 (TDD) para asistencia.

Esta publicación existe en formatos alternativos. Por favor llamar al 512-974-3110 (mensaje de voz) o 512-974-3102 (TDD) para ayuda.

