

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 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](mailto: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***](mailto: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 necesito  Educación/Entrenamiento ­­­­­­­  Recibo  Necesito  No necesito  Empleo  Recibo  Necesito  No necesito  Administración financiera  Recibo  Necesito  No necesito  Apoyo legal  Recibo  Necesito  No necesito  Apoyo en técnicas para padres  Recibo  Necesito  No necesito  Transporte  Recibo  Necesito  No necesito  Espiritual ­­­  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.

