



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 llegó 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@saintlouiseshouse.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@saintlouiselhouse.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 <input type="checkbox"/> Estados Unidos <input type="checkbox"/> Otra: (por favor especifique)			
Dirección actual			
Ciudad	Estado	Condado	Código Postal
¿Cuál es su idioma materno?			
Etnia <input type="checkbox"/> Hispana o Latina <input type="checkbox"/> No Hispana o No Latina			
Raza			
<input type="checkbox"/> Americano Nativo o Nativo de Alaska		<input type="checkbox"/> Asiático	
<input type="checkbox"/> Negro o Afro-Americano		<input type="checkbox"/> Nativo de Hawaii o de las islas Pacíficas	
<input type="checkbox"/> Blanco		<input type="checkbox"/> Americano Nativo/ Nativo de Alaska Y Blanco	
<input type="checkbox"/> Negro/Afro-Americano y Blanco		<input type="checkbox"/> Multi racial (otro)	
<input type="checkbox"/> Americano Nativo/Nativo de Alaska y Negro/Africano-Americano		<input type="checkbox"/> 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? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Si sí ¿Con quién?	desde hasta
Niño 3	
Nombre	Edad
Número de Seguro Social - -	Fecha de Nacimiento
Etnia <input type="checkbox"/> Hispano o Latino <input type="checkbox"/> No Hispano o No Latino	
Raza <input type="checkbox"/> Americano Nativo o Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Negro o Afro-Americano <input type="checkbox"/> Nativo de Hawaii o de las islas Pacíficas <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Americano Nativo/ Nativo de Alaska Y Blanco <input type="checkbox"/> Negro/Afro-Americano y Blanco <input type="checkbox"/> Multi racial (otro) <input type="checkbox"/> Americano Nativo/Nativo de Alaska y Negro/Africano-Americano <input type="checkbox"/> Otra	
¿Este niño estará viviendo con usted? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Si no, ¿En dónde vivirá?	
¿Este niño ha vivido alguna vez con otra persona que no sea usted? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Si sí ¿Con quién?	desde hasta
Niño 4	
Nombre	Edad
Número de Seguro Social - -	Fecha de Nacimiento
Etnia <input type="checkbox"/> Hispano o Latino <input type="checkbox"/> No Hispano o No Latino	
Raza <input type="checkbox"/> Americano Nativo o Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Negro o Afro-Americano <input type="checkbox"/> Nativo de Hawaii o de las islas Pacíficas <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Americano Nativo/ Nativo de Alaska Y Blanco <input type="checkbox"/> Negro/Afro-Americano y Blanco <input type="checkbox"/> Multi racial (otro) <input type="checkbox"/> Americano Nativo/Nativo de Alaska y Negro/Africano-Americano <input type="checkbox"/> Otra	

¿Este niño estará viviendo con usted? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
Si no, ¿En dónde vive?		
¿Este niño ha vivido alguna vez con otra persona que no sea usted? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
Si sí ¿Con quién?	desde	hasta
<i>En este momento no estamos en capacidad de aceptar familias con más de cinco integrantes</i>		
Educación		
Marque la opción que corresponda al máximo grado de educación que ha obtenido		
<input type="checkbox"/> Último grado cursado	<input type="checkbox"/> Bachillerato/ High School	
<input type="checkbox"/> GED	<input type="checkbox"/> Algo de Universidad	¿En dónde?
<input type="checkbox"/> Escuela vocacional	¿En dónde?	Tipo de entrenamiento
<input type="checkbox"/> Título Universitario	¿En dónde?	Tipo de título
¿Está actualmente en una escuela o programa de entrenamiento? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> 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:		
Patrón 1		
Patrón	Puesto	Ciudad, Estado
Fecha de comienzo	¿Cuánto ganaba por hora?	
¿Cuándo 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		
Patrón 2		
Patrón	Puesto	Ciudad, Estado
Fecha de comienzo	¿Cuánto ganaba por hora?	
¿Cuándo 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		
Patrón 3		
Patrón	Puesto	Ciudad, Estado
Fecha de comienzo	¿Cuánto ganaba por hora?	
¿Cuándo 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		
<i>Si tiene un currículum por favor adjúntelo a la solicitud</i>		
¿Está empleada actualmente? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> 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		

¿Le debe dinero al propietario? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> 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? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sé	
¿Le debe dinero al propietario? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> 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? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sé	
¿Le debe dinero al propietario? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> 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? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sé	
¿Alguna vez ha tenido una casa o un tráiler propio? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
¿Ha vivido en una vivienda de asistencia? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sé	
Si sí, ¿Cuándo?	¿En dónde?
¿Por qué se fue de ahí?	
¿Ha vivido en vivienda subsidiada o Section 8/Public housing? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> 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? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Si sí, ¿Qué número tiene usted en la lista de espera?
¿Está en alguna lista de espera para Section 8? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si sí ¿En cuáles?
Familia y Grupo de Apoyo
¿Ud. Tiene custodia legal de sus hijos? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> 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? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> 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.)? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sé
Si sí ¿Cuál es el problema?
¿Ud. está involucrada con Child Protective Services? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sé
Si sí, ¿Cuál es el estatus de su caso?
¿Ud. tiene alguna infracción o multa que debe pagar? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sé
Si sí, ¿Cuál fue la infracción?
¿Ud. tiene una orden de arresto? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sé
Si sí, ¿Por qué le pusieron esta orden?

¿Alguna vez la han encontrado culpable de un delito menor?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No sé
Si sí ¿Por qué fue?	¿Cuándo fue?		
¿Alguna vez la han encontrado culpable de un delito mayor?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No sé
Si sí ¿Por qué fue?	¿Cuándo fue?		
¿Alguna vez ha estado presa?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No sé
Si sí ¿Por qué fue?	¿Cuándo fue?		
¿Está en libertad condicional?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No sé
¿Está en libertad vigilada?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> 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?			
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> 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? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
Si sí ¿Cuánto?			
¿Tiene una cuenta bancaria? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> 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? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> 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? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> 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)	
<input type="checkbox"/> MAP <input type="checkbox"/> Medicaid <input type="checkbox"/> CHIP <input type="checkbox"/> Seguro privado <input type="checkbox"/> Otra: <input type="checkbox"/> No tengo seguro de salud	
¿Qué tipo de cobertura tienen sus hijos en su seguro de salud? (marque todas las que apliquen)	
<input type="checkbox"/> MAP <input type="checkbox"/> Medicaid <input type="checkbox"/> CHIP <input type="checkbox"/> Seguro privado <input type="checkbox"/> Otra: <input type="checkbox"/> Mis hijos no tienen seguro de salud	
Alcohol y drogas	
Marque de las siguiente opciones aquellas que haya usado:	

<input type="checkbox"/> Heroína	<input type="checkbox"/> Cocaína	<input type="checkbox"/> Crack	<input type="checkbox"/> Marihuana	
<input type="checkbox"/> Speed	<input type="checkbox"/> Éxtasis	<input type="checkbox"/> Depresores	<input type="checkbox"/> Analgésicos	<input type="checkbox"/> Hongos alucinógenos
<input type="checkbox"/> LSD	<input type="checkbox"/> Inhalantes	<input type="checkbox"/> 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? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> 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)				
<input type="checkbox"/> AA/NA/CA	<input type="checkbox"/> Al-Anon	<input type="checkbox"/> Terapia	<input type="checkbox"/> Ninguno	<input type="checkbox"/> Otro
¿Cuántas bebidas alcohólicas consume usted semanalmente?				
Transporte & Cuidado para niños				
¿Cuál es su medio de transporte actual? (Marque todos los que aplican)				
<input type="checkbox"/> Bus	<input type="checkbox"/> Amigo o pariente	<input type="checkbox"/> Auto	(Si marcó esta opción, ¿Posee usted un Auto? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No)	
¿Esta forma de transporte es confiable? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> Recibo	<input type="checkbox"/> Necesito	<input type="checkbox"/> No necesito
Salud mental	<input type="checkbox"/> Recibo	<input type="checkbox"/> Necesito	<input type="checkbox"/> No necesito
Asesoría para la adicción	<input type="checkbox"/> Recibo	<input type="checkbox"/> Necesito	<input type="checkbox"/> No necesito
Educación/Entrenamiento	<input type="checkbox"/> Recibo	<input type="checkbox"/> Necesito	<input type="checkbox"/> No necesito
Empleo	<input type="checkbox"/> Recibo	<input type="checkbox"/> Necesito	<input type="checkbox"/> No necesito
Administración financiera	<input type="checkbox"/> Recibo	<input type="checkbox"/> Necesito	<input type="checkbox"/> No necesito
Apoyo legal	<input type="checkbox"/> Recibo	<input type="checkbox"/> Necesito	<input type="checkbox"/> No necesito
Apoyo en técnicas para padres	<input type="checkbox"/> Recibo	<input type="checkbox"/> Necesito	<input type="checkbox"/> No necesito
Transporte	<input type="checkbox"/> Recibo	<input type="checkbox"/> Necesito	<input type="checkbox"/> No necesito
Espiritual	<input type="checkbox"/> Recibo	<input type="checkbox"/> Necesito	<input type="checkbox"/> 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.

