



YMCA de Reading & Berks County solicitud de vivienda

Criterios generales de elegibilidad

Para ser elegible para estos programas (no incluyendo SRO), los solicitantes deben:

- Personas sin hogar
- Liberan de drogas y alcohol durante al menos 5 días consecutivos
- Empleables y dispuestos a obtener un empleo
- Motivados a mantenerse limpio y sobrio
- Capaces de participar en paciente no internado de consejería
- Comprometido a establecer metas y trabajar para lograrlos
- Residente del Condado de Berks

Por favor revisar los criterios de los programas y comprobar que usted está solicitando:

Casa de Puente Hombres

Hombre
Trastorno de uso de sustancia

Twin Peaks

Hombre
Trastorno de uso de sustancia
Trastorno diagnosticado con una salud mental
Estabilizado en medicamentos

Hacia Adelante

Hombres o Mujeres
Trastorno de uso de sustancia
El español es el idioma principal

Casa de Honor

Debe considerarse como un Veterano elegible de benéfico a través de La VA de Líbano

Programa especial de corte

Debe ser un participante en el tribunal de tratamiento del condado de Berks

Y- Pasajes

Hombres y mujeres solteros
Vivienda permanente
Coránicamente sin hogar

Habitación individual (SRO) de ocupación unidades

Hombres Y Mujeres Solteros

Exención de los requisitos de elegibilidad del programa, aunque la Y se esfuerza por mantener un ambiente de recuperación
Capacidad para pagar
Si estas recuperando, por lo menos de 6 meses de sobriedad continua
Capacidad de vivir independientemente en una manera responsable

Casa de Puente de Mujeres

Mujer
Trastorno de uso de sustancia

Casa de seguridad de Mujeres

Mujer
Trastorno de uso de sustancia
En Berk's County Libertad condicional

Y Asilo

Mujer
Sin Hogar
Madre soltera con hasta 2 niños menores de 11 años

Campamento De Alegría

Hombre
Trastorno de uso de sustancia
En Berk's County Libertad condicional

Nuestra misión: poner en práctica a través de programas que construir sano espíritu, mente y cuerpo para todos principios Judeo-cristianos.

Los programas son proyectos colaborativos del Condado de Berks, Ciudad de Reading, Departamento de Bienestar Público, Consejo de Abuso Químico, Acceso a Servicios Management, Inc., Vivienda y Desarrollo Urbano, Federal Home Loan Bank y Probación del Condado de Berks. EHO. El puente y las casas seguras se financian, en Parte, bajo un contrato con el Departamento de Salud de Pennsylvania, Condado de Berks y el SCA. Los datos básicos para su uso en este estudio fueron Departamento de Salud de Pennsylvania, Harrisburg, PA, el Condado de Berks, y el Consejo sobre Abuso Químico. El Departamento de Salud, el Condado de Berks, Y el Consejo sobre Abuso Químico renuncian específicamente a la responsabilidad de cualquier análisis, interpretación o conclusión

(Revisado 6/24/19)

SOLICITUD DE VIVIENDA DEL YMCA

Por favor complete las siguientes preguntas a lo mejor de su capacidad. Devuelva la solicitud a la recepción del YMCA de lectura.

Fecha _____

A. INFORMACIÓN DEMOGRÁFICA DE

Nombre _____ Teléfono _____

Dirección actual _____

Fecha de Nacimiento _____ S.S.# _____

Género: Hombre Mujer Trans es usted ciudadano estadounidense? Sí No

Nombre de nacimiento: _____

Estado civil: _____

Relación actual: _____

Referido por: _____

¿Tienes alguna discapacidad que requiera adaptaciones razonables? Sí No

Si es así, por favor especifique qué alojamientos se necesitarán:

¿Tienes hijos? Sí No

Nombre de niño	Edad	Fecha de nacimiento	Número de seguro social	¿Quién tiene custodia y dónde están viviendo ahora?

¿Tiene su certificado de nacimiento? Sí No ¿Tiene una licencia de conducir? Sí No

¿Tienes una tarjeta de Seguridad Social? Sí No ¿Tienes un coche? Sí No

¿Tiene identificación estatal? Sí No ¿Tiene seguro de coche? Sí No

B. VIVIENDA INFORMACIÓN

Esta es la primera vez que han experimentado crisis de vivienda/hogar? Sí No

¿Cuáles son las razones de su crisis de vivienda/hogar? _____

¿Cuándo primero dejó la casa de sus padres o tutor? _____

¿Usted ha vivido en el edificio del YMCA de lectura? Sí No

Si es así, explique: _____

¿Tiene o hace alguno de sus familiares, amigos o conocidos viven o trabajan

YMCA? Sí No

Si es así, explique: _____

¿Es usted residente del Condado de Berks? Sí No Si es así, ¿por cuánto tiempo? _____

Si no, ¿por qué está interesado en vivir en el Condado de Berks? _____

¿Qué artículos personales de la casa tiene? _____

¿Tiene deudas pendientes con las autoridades locales de vivienda? Sí No

En caso afirmativo, ¿A quién? _____

¿Cuánto cuesta? _____

¿Cuándo se contrajo la deuda? _____ ¿Cómo fue la deuda contraída? _____

¿Está actualmente en la lista de viviendas subvencionadas? Sí No En caso afirmativo,

¿dónde? _____

¿Tiene algún comentario sobre algún problema que haya tenido en mantener la vivienda para usted? _____

Comience con la dirección en la que vivió hace 7 años. Por favor liste todos los lugares que ha vivido y el lugar donde usted se están quedando ahora. Incluya todos los refugios, hogares de parientes, viviendas alquiladas, que viven en autos, en la calle, o cualquier otro Vivienda. Por favor incluya el nombre y la dirección de los propietarios.

Dirección: _____

¿Cuánto tiempo? _____ Nombre del propietario: _____

Número de teléfono: _____ Importe del alquiler: _____

Porqué te fuiste: _____

Dirección: _____

¿Cuánto tiempo? _____ Nombre del propietario: _____

Número de teléfono: _____ Importe del alquiler: _____

Porqué te fuiste: _____

Dirección: _____

¿Cuánto tiempo? _____ Nombre del propietario: _____

Número de teléfono: _____ Importe del alquiler: _____

Porqué te fuiste: _____

Dirección: _____

¿Cuánto tiempo? _____ Nombre del propietario: _____

Número de teléfono: _____ Importe del alquiler: _____

Porqué te fuiste: _____

Dirección: _____

¿Cuánto tiempo? _____ Nombre del propietario: _____

Número de teléfono: _____ Importe del alquiler: _____

Porqué te fuiste: _____

C. INFORMACIÓN FINANCIERA

Por favor indique sus ingresos:

<u>Fuente</u>	<u>Cantidad</u>
Salario	_____
Asistencia Pública (Bienestar)	_____
Ingreso Suplementario de Seguridad (SSI)	_____
Ingreso por Incapacidad del Seguro Social (SSDI)	_____
Cupones de alimentos	_____
Otros (especificar)	_____

¿Tiene cuenta corriente? Sí No Cuenta de Ahorros? Sí No

¿Tiene deudas pendientes por cualquiera de las siguientes: Utilidades Préstamos escolares

Multas y costos Otros

En caso afirmativo, explique: _____

¿Ha tenido asesoramiento financiero o presupuestario en el pasado? Sí No

¿Si sí donde? _____

¿Compra billetes de lotería o de rascarse? Sí No ¿Jugar bingo? Sí No

¿Has estado en un casino en los últimos 6 meses? Sí No

¿Apuesta por eventos deportivos? Sí No

D. EDUCACIÓN Y FORMACIÓN

Por favor liste todas las escuelas que empiezan con el 7º grado. Incluye Vo-Tech, universidad, escuela de negocios, escuela técnica y Cualquier otra escuela a la que haya asistido.

Nombre y dirección de la escuela	Año de asistencia	Programa de estudios
----------------------------------	-------------------	----------------------

¿Tienes un diploma de escuela secundaria? Sí No GED

Por favor enumere TODOS los cursos especiales de capacitación que usted ha tenido incluyendo entrenamiento en el trabajo.

Tipo de Entrenamiento	Dónde	Cuando
-----------------------	-------	--------

¿Cuál cree que fue el mayor problema que tuvo mientras estaba asistiendo a la escuela?

¿Cuáles son sus metas personales y profesionales?

E. HISTORIA MILITAR

¿Alguna vez has estado en el ejército? Sí No

En caso afirmativo, ¿cuál rama? _____ ¿Cuando? _____

Tipo de descarga: _____

F. HISTORIA DEL EMPLEO

Por favor, liste TODOS los empleadores comenzando con el trabajo más reciente que ha tenido:

Nombre del empleado: _____

Dirección del empleado: _____

Título: _____

Comienzo: _____ Fin: _____ Salario por hora: _____

Razón por dejar: _____

Nombre del empleado: _____

Dirección del empleado: _____

Título: _____

Comienzo: _____ Fin: _____ Salario por hora: _____

Razón por dejar: _____

Nombre del empleado: _____

Dirección del empleado: _____

Título: _____

Comienzo: _____ Fin: _____ Salario por hora: _____

Razón por dejar: _____

Nombre del empleado: _____

Dirección del empleado: _____

Título: _____

Comienzo: _____ Fin: _____ Salario por hora: _____

Razón por dejar: _____

¿Qué trabajo te gustó más y por qué? _____

G. HISTORIA LEGAL

¿Alguna vez ha sido condenado por un delito? Sí No

En caso afirmativo, ¿con qué cargo (s)? _____

¿Está actualmente en Libertad Condicional o Libertad Condicional? Sí No

En caso afirmativo, nombre y número de teléfono del Oficial de Libertad Condicional / Libertad Condicional _____

¿Está involucrado de alguna manera con el sistema judicial en la actualidad? Sí No

En caso afirmativo, explique: _____

¿En el pasado? Sí No En caso afirmativo, explique: _____

¿Está usted en el archivo de abuso infantil o alguna vez ha sido condenado por un delito de abuso infantil? Sí No

En caso afirmativo, explique: _____

¿Alguna vez ha sido acusado o investigado de negligencia y / o abuso de algún niño? Sí No

En caso afirmativo, explique: _____

¿Alguna vez ha sido acusado de violencia doméstica? Sí No

En caso afirmativo, explique: _____

¿Alguna vez le han servido con una Orden de Protección contra el Abuso (PFA)? Sí No

En caso afirmativo, explique: _____

¿Alguna vez ha solicitado una PFA? Sí No

En caso afirmativo, explique: _____

¿Ha recibido algún asesoramiento sobre violencia doméstica o manejo de la ira? Sí No

En caso afirmativo, explique: _____

¿Cuál ha sido tu reacción anterior a las figuras de autoridad? _____

H. HISTORIA DE LA SALUD FISICA

Descripción del estado actual de salud del cliente: Bien Justo Pabellón

Enumere cualquier problema médico o de salud pendiente: _____

¿Alergias a la comida o medicamentos? Sí No

En caso afirmativo, sírvase enumerar: _____

¿Hay algún problema médico que pueda limitar su capacidad para trabajar? Sí No

En caso afirmativo, explique: _____

¿Estas embarazada? Sí No

Si es así, fecha de vencimiento? _____

Situación del embarazo: _____

Historia del embarazo: _____

¿Actualmente está tomando algún medicamento? Sí No

Nombre del (de los) medicamento (s): _____ Razón: _____

¿Tienes seguro médico? Sí No

En caso afirmativo, proveedor de seguros: _____

¿Cuándo fue la última vez que tuvo atención médica? _____

¿Por qué razón? _____

¿Te han hecho una prueba de tuberculosis? Sí No

¿Si sí, cuándo? _____ Resultados _____

Si no, ¿le gustaría recibir una prueba de tuberculosis? Sí No

Enumere todas las hospitalizaciones:

Nombre del hospital	Razón	Fecha
---------------------	-------	-------

_____	_____	_____
-------	-------	-------

_____	_____	_____
-------	-------	-------

I. SALUD COMPORTAMENTAL Y EMOCIONAL

¿Alguna vez ha sido víctima de violencia doméstica? Sí No

¿Alguna vez ha sido víctima de abuso emocional, físico o sexual? Sí No

¿Alguna vez ha tenido algún tratamiento psiquiátrico o consejería? Sí No

¿Alguna vez ha infligido lesiones personales como cortar, bingeing, purgar, etc.? Sí No

En caso afirmativo, a cualquiera de los anteriores, explique: _____

¿Ha asistido a consejería ambulatoria para tratamiento de salud mental? Sí No

¿Alguna vez ha estado en tratamiento de salud mental para pacientes hospitalizados? Sí No

¿Cuántas veces? _____

Si la historia de tratamiento o consejería de salud mental, ¿cuál es su diagnóstico actual? _____

¿Quién hizo este diagnóstico y cuándo se hizo? _____

Describa su sentimiento acerca de sus experiencias de tratamiento de salud mental: _____

¿Ha tenido pensamientos, gestos, incidentes o intentos de suicidio o homicidio? Sí No

En caso afirmativo, explique: _____

J. ALCOHOL Y USO DE DROGAS:

¿Cuál es su droga de elección?

Fecha de última utilización:

Sustancia química: _____

El tiempo más largo químicamente libre: _____

¿Estás en recuperación? Sí No

Describa su proceso de recuperación: _____

Describa su sistema de soporte: _____

¿Alguna vez has estado en Detox? Sí No ¿Cuántas veces? _____

¿Alguna vez ha estado en tratamiento residencial por alcohol o drogas? Sí No

¿Cuántas veces? _____

¿Te identificas como adicto / alcohólico?

¿Cuáles son las circunstancias que conducen a su solicitud para el Programa Y-Housing?

1. ¿Cuáles son sus circunstancias actuales con respecto a (a) comida, (b) ropa, (c) empleo, (d) transporte, y E) otros elementos pertinentes a su capacidad para lograr la independencia?

2. ¿Estaría dispuesto a usar el sistema de bienestar social dentro de esta área para mejorar sus circunstancias? Sí No. ¿Qué espera de ellos?

3. Si es admitido en residencia, ¿qué espera del personal de YMCA?

4. ¿Estaría dispuesto a reunirse con el personal individualmente una vez por semana para revisar el estado de sus metas?

5. ¿Cómo te sientes al seguir instrucciones en una situación de necesidad?

6. ¿En qué áreas necesitará ayuda si es aceptado en el Programa de Vivienda de la YMCA?

7. ¿Qué espera lograr durante su residencia en la YMCA? ¡Se específico!

8. ¿A quién debemos contactar en caso de emergencia?

Nombre: _____
Dirección: _____
Ciudad: _____
Estado: _____ Cremallera _____
Teléfono _____
Relaci _____

Nombre: _____
Dirección: _____
Ciudad: _____
Estado: _____ Cremallera _____
Teléfono _____
Relaci _____

YO, _____, Verifique que la información de mi aplicación sea Precisa y veraz. Además, entiendo que en cualquier momento durante el proceso de solicitud y entrevista o Después de la aceptación en el Programa de Vivienda de la YMCA, si se determina / descubierto que he mentido en mi solicitud, Pueden ser inelegibles para aplicar o participar en los Programas de Vivienda de la YMCA de Reading.

Firma

Fecha

Depositar o enviar una solicitud por correo a:

YMCA de Reading y el Condado de Berks
Departamento de Vivienda
631 Washington Street
Reading, PA 19601