



Children's HOME Initiative

Solicitud para el Programa de Administración de Casos

¿Qué es el Programa de Children's HOME Initiative (CHI)?

Children's Home Initiative es un programa de 2 años el cual brinda servicios de apoyo, como asesoramiento financiero, empoderamiento para padres, y acceso a vivienda estable. Por lo tanto, el éxito en nuestro programa depende de la iniciativa del solicitante y su empeño por mantener una buena relación con su administrador de casos mientras cumplen con los objetivos del programa. Las familias serán entrevistadas para determinar su admisión al programa. Si a su familia se le considera apta para el programa, los pondremos en contacto con uno de nuestros agentes inmobiliarios para empezar el proceso de arrendamiento.

El solicitante ideal debería poseer las siguientes cualidades:

- La cabeza de familia es mayor de 18 años de edad
- Tener la custodia de al menos un hijo que sea menor de edad
- Al menos un adulto en la familia debe estar empleado por lo menos de medio tiempo
 - O, la cabeza de familia debe estar recibiendo beneficios del Seguro Social (SSI o SSDI)

Evaluamos la aptitud de cada familia de acuerdo a los siguientes requisitos del programa:

- Disposición a participar en juntas semanales con su administrador
- Mantenerse en contacto con la Asesora de Estabilidad Financiera para establecer metas y coordinar un plan de acción
- Mantenerse en contacto con la Asesora de Empoderamiento para Padres para desarrollar objetivos personalizados relacionados a la paternidad y el desarrollo infantil, así como también convertirse en promotor/a de la educación de sus hijos
- Mantener o mejorar activamente sus oportunidades laborales
- Priorizar la perseverancia de la familia pagando renta, servicios, y otros gastos esenciales
- Poder solventar los costos de la mudanza y mantener un presupuesto balanceado para poder solventar gastos básicos

Para que su familia sea aprobada para un departamento en una de nuestras propiedades familiares, debe cumplir con los siguientes requisitos:

- Ingresos de un mínimo de 2.5 veces la cantidad de la renta rebajada
- Ingresos que no excedan el 30% del ingreso familiar promedio según el número de integrantes de la familia
- No más de 3 contratos de renta rotos o desalojos, respectivamente
- Deuda de renta que no sea mayor a \$350 por DAÑOS a la propiedad
- Ninguna felonía en los últimos 5 años, y ningún delito menor en los últimos 3 años
- No se requiere tener Número de Seguro Social (SSN) o ITIN

¿Qué necesito para completar mi solicitud?

Por favor revise la lista de la página 3 para que le ayude a entregar una solicitud completa.

POR FAVOR ENTREGUE SU APLICACION POR CORREO, CORREO ELECTRÓNICO, O FAX

CHI@foundcom.org

Fax: 512-447-9025

3000 S IH 35 Suite #150, Austin TX, 78704

¿Preguntas? Llame al 512-610-7392

Criteria Criminal de Foundation Communities

TIPO DE CONDENA	DESCRIPCIÓN DE CONDENA	NIVEL DE CONDENA		
		Años mínimos desde la fecha de convicción		
		FELONIA	DELITO MENOR	
Crímenes Contra las Personas	Descripción		Clase A	Clase B
	Delitos de Asalto y Bateria	5	3	No Considerado
	Delitos de Violencia Domestica	5	3	No Considerado
	Uso de un Arma de Fuego Contra una Persona	5	3	No Considerado
	Delitos de Robo a Mano Armada	5	3	No Considerado
	Delitos de Robo (no hay arma involucrada)	5	3	No Considerado
	Homicidio Intencional	Vida	Vida	Vida
	Homicidio por Negligencia Criminal	5	3	No Considerado
	Homicidio	Vida	Vida	Vida
	Secuestro	Vida	Vida	Vida
	Delitos Sexuales Forzosos	Vida	Vida	Vida
	Delitos Sexuales No Forzosos	Vida	Vida	Vida
	Acecho	5	3	No Considerado
Delitos Contra la Propiedad	Descripción			
	Delito Relacionado con Incendio Premeditado	Vida	Vida	Vida
	Robo – Allanamiento y Entrada	5	3	No Considerado
	Robo, Propiedad Robada, Delito Relacionado con Fraude	5	3	No Considerado
	Conducta Mortal, Amenaza Terrorista con Arma de Fuego	5	3	No Considerado
	Conducta Mortal, Amenaza Terrorista sin Arma de Fuego	3	3	No Considerado
	Destruccion / Daño Vandalismo de Propiedad	5	3	No Considerado
	Trespaso Penal de Propiedad (Delito menor solo)	N/A	1	No Considerado
Crímenes Contra la Sociedad	Descripción			
	Posesion de Drogas	5	3	No Considerado
	Fabricación, Distribución y Posesión de Drogas con Intención de Distribuir	5	3	No Considerado
	Ofensas Relacionadas con DUI y/o DWI	5	3	No Considerado
	Fabricación de metanfetamina	Vida	Vida	Vida
	Ofensas Relacionadas con Prostitución (solo felonía)	3	N/A	No Considerado
Múltiples Ofensas	Descripción			
	3 o más condenas de felonía y la aplicación será negada	5	No Considerado	No Considerado

LISTA PARA UNA APLICACION COMPLETA

APLIACIÓN

- Permiso para divulgar información
- Aplicación para el programa CHI (7 paginas)

DOCUMENTACION DE INGRESO NECESARIA

INGRESO DE UN TRABAJO CON W2

- 4 talones de cheque más recientes
- Verificación de empleo *(solo si el trabajo es nuevo)*
- Carta de oferta de trabajo *(solo si trabajo es nuevo)*

INGRESO DE AUTO-EMPLEO / EFECTIVO / 1099

- Verificación de autoempleo y cuestionario
- Impuestos recientes con el Schedule C o 1099 MISC
- Autodeclaracion si no completo los impuestos
- Registro de Contabilidad

INGRESO DE BENEFICIOS DE SSI/SSDI

- Carta del año corriente de SSI/SSDI

DOCUMENTACION DE AUTO-EMPLEO

(SI EL EMPLEADOR NO MANTIENE RECOR DE SU INGRESO)

- Libro mayor mensual
- Copias de cheques
- Recibos
- Facturas

ENTREGAR SI CORRESPONDE

INGRESO ADICIONAL

- Documento de manutención infantil
- Documento de la corte SI el acuerdo fue en los últimos 12 meses
- Decreto de divorcio SI el divorcio fue en los últimos 2 anos
- Carta de beneficios de TANF del ano actual

DOCUMENTACIÓN ADICIONAL

- Un recibo de pago reciente si tiene deuda con Austin Energy
(Note – el solicitante no podrá mudarse hasta que la deuda esté pagada)
- Un recibo de pago reciente si tiene deuda con Texas Gas
(Note – el solicitante no podrá mudarse hasta que la deuda esté pagada)
- Estado de cuenta detallado si tiene deuda con otra propiedad
- Reporte de historia criminal
(Note – por favor revise la página 2 con nuestros criterios para el historial criminal)

RECONOCIMIENTO

Entiendo que al enviar una solicitud y los documentos de respaldo no se garantiza que cumpliré con los criterios de calificación para el programa. Entiendo que, si se niega la solicitud, tengo 60 días a partir de la fecha de revisión de mi solicitud para presentar documentación adicional para que mi solicitud sea reevaluada. También entiendo que si se requiere información adicional, tengo 60 días a partir de la fecha de revisión de la solicitud inicial para enviar la documentación. Por último, reconozco y certifico que proporcionar información veraz y la falsificación de cualquier información o documentación dará lugar una denegación.

Iniciales: _____

Iniciales: _____



Children's HOME Initiative

Autorización para Divulgar Información

Al firmar esto, está permitiendo que el personal de Foundation Communities se comunice con las personas y los proveedores de servicios sociales que figuran en esta solicitud, en su nombre, con el único propósito de evaluar la elegibilidad para el programa de Children's HOME Initiative. Foundation Communities prohíbe divulgar información sobre el estado de la solicitud a familiares o amigos fuera del hogar que figura en la solicitud.

La información que puede ser relevante para su caso incluye, entre otros, antecedentes laborales, historial médico, educativo, psicológico, o de abuso de sustancias y delictivos de la familia.

Si necesita un intérprete, Foundation Communities contrata servicios de interpretación con United Language Group. Todas las conversaciones son privadas y confidenciales. No permitimos la interpretación de personas que no sean profesionales, como familiares y amigos.

Children's HOME Initiative se adhiere a una estricta política de confidencialidad. La identidad de cualquier participante que utilice nuestros servicios y cualquier información relacionada con el caso de ese participante se mantiene estrictamente confidencial con las siguientes excepciones:

1. Excepto en casos en los que estamos obligados por ley a reportar información sobre abuso infantil, abuso de ancianos, homicidio, o amenazas de homicidio o suicidio;
2. A menos de que haya una forma de Autorización para Divulgar Información para divulgar información firmada por el cliente.

Firma de Participante #1

Fecha

Firma de Participante #2

Fecha



FOR OFFICE USE ONLY

Date Received: _____
 Application revised: **October 2022**

La falsificación de la información y/o la omisión de la información puede resultar en la negación al programa de Children's HOME Initiative.

Información del Solicitante

Complete para todos los adultos de 18 años de edad o mas

Nombre Completo del Primer Adulto: _____
Primer Nombre S.N. Apellido

¿Estudiante Universitario? Sí No

Género: Femenino Masculino Cuestionando Género distinto del femenino o masculino Transgénero Otro

Adulto Adicional: _____
Primer Nombre S.N. Apellido

¿Estudiante Universitario? Sí No

Género: Femenino Masculino Cuestionando Género distinto del femenino o masculino Transgénero Otro

Domicilio: _____
Dirrección Número de Apartamento/Unit #

Ciudad Estado Codigo Postal

Teléfono: _____ **Correo Electrónico:** _____

Raza: Nativo American o Nativo de Alaska Asiático Hawaiano Nativo o Isleño del Pacífico
 Negro o Afroamericano Blanco No sé

Etnia: Latino Hispano No Latino/Hispano No sé

Idioma de comunicacion preferido: (Por favor seleccione todas las que apliquen)
 Biling. Inglés Español Árabe Otro (por favor especifique) _____

¿Si el Inglés o el Español no son su primer idioma, usted puede proveer un intérprete? Sí No

¿Que identificacion valida con foto tiene?
 Licencia de manejo de TX TX ID Pasaporte Otro _____

¿Tiene carro? Sí No

¿Tiene mascotas? Sí No

¿Qué tipo de raza? _____ ¿Cuántas mascotas? _____

¿Son animales certificados para apoyo emocional o de servicio? Sí No

¿Quiénes serán visitas frecuentes ya que esté dentro del programa?

Nombre	Relación

Información del Solicitante (continuado)

Composición Familiar

Por favor incluya la información de todas las personas que estarán viviendo en el hogar.

Adultos (todos 18 años de edad o más)

Primer Nombre	Apellido	Fecha de Nacimiento	Número de Seguro Social / ITIN

Niños en el Hogar

Primer Nombre	Apellido	Fecha de Nacimiento	SSN / ITIN	Nombre de Escuela/Cuidado de Niños	Grado	# Estudiantil de AISD

¿Está embarazada? Sí No ¿Cuál es la fecha de parto? _____

¿Tiene custodia legal? Sí No ¿Tiene custodia primaria/completa? Sí No

¿Sus hijos viven actualmente con usted? Sí No
¿Si no, con quien viven actualmente?

Niño(s)	¿Con quién están?	Relación con el niño	Información de contacto	¿Cuál es el motivo para que estén con esta persona?

¿Está actualmente involucrada con Servicios de Protección de Niños? (CPS) Sí No

Por favor explique:

¿Ha estado divorciado/a o separado/a? Sí No ¿Está Casado/a? Sí No

¿Tiene orden de manutención infantil por parte de la corte? Sí No ¿Fue cumplida en los últimos 6 meses? Sí No

Información del Solicitante (Continuado)

¿Ha estado en una relación abusiva? Sí No

¿Actualmente está huyendo por violencia doméstica? Sí No

Información Referencial

¿Está recibiendo servicios por otra organización de servicios sociales? Sí No

¿De cuál agencia y con quién está trabajando?

Nombre	Agencia	Telefono	Relacion	Correo Electronico

¿Quién lo/a refirió a este programa?

Nombre	Relación	Correo Electrónico

¿Tiene algún **familiar o amigo** actualmente **viviendo en** una propiedad de **Foundation Communities**? Sí No

¿Quien?

Nombre	Propiedad	Relacion	¿Están en el programa CHI?
			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

Discapacidad y Salud

¿Alguien en el hogar tiene alguna discapacidad documentada? Sí No

Identifique la discapacidad documentada

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Discapacidad de desarrollo | <input type="checkbox"/> Discapacidad física | <input type="checkbox"/> Abuso de alcohol |
| <input type="checkbox"/> Condición de salud crónica | <input type="checkbox"/> VIH/SIDA | <input type="checkbox"/> Abuso de drogas |
| <input type="checkbox"/> Diagnóstico de salud mental | <input type="checkbox"/> Abuso de alcohol y drogas | <input type="checkbox"/> Otro _____ |

¿Quién tiene la discapacidad y cuál es el diagnóstico?:

¿Usted/ellos actualmente están recibiendo tratamiento para la discapacidad? Sí No

¿Requieren una adaptación razonable para su discapacidad? Sí No

Por favor aclare: _____

¿Alguien en su hogar ha sido tratado por una adicción al alcohol o droga? Sí No

Droga(s) de eleccion: _____

Identifique:

Número de veces en tratamiento	Fecha de último tratamiento	Lugar de último tratamiento	Duración del tratamiento	Fecha de último uso

¿Usted recibe apoyo para su adicción? Sí No

Empleo e Ingreso

Porfavor entregue todos los comprobantes de ingreso actual con su aplicacion!

¿Esta actualmente empleado?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
¿Recibe talones de cheque?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
¿Le pagan en efectivo o por otro tipo de servicio de transferencia de dinero? (Venmo, CashApp, Zelle, Paypal)	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
<input type="checkbox"/> 4 talones de cheques más recientes	<input type="checkbox"/> Formulario de Contabilidad, documentos de apoyo, impuestos del año anterior (solo si autoempleado)	
¿Esta dispuesto a hacer esfuerzos para mejorar su ingreso y oportunidades de empleo?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
¿Esta dispuesto a hacer esfuerzos para crecer sus bienes?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No

Lugar de Empleo Actual	Ingreso de Empleo Actual
Adulto Empleado: _____	<input type="checkbox"/> Por Hora <input type="checkbox"/> Salario
Nombre de Empleador: _____	\$ Tarifa Por Hora/Salario
_____	Horas Que Trabaja Por Semana
Fecha que Empezo: _____	\$ Ingreso BRUTO Mensual
Lugar de Empleo Actual	Ingreso de Empleo Actual
Adulto Empleado: _____	<input type="checkbox"/> Por Hora <input type="checkbox"/> Salario
Nombre de Empleador: _____	\$ Tarifa Por Hora/Salario
_____	Horas Que Trabaja Por Semana
Fecha que Empezo: _____	\$ Ingreso BRUTO Mensual

Ingreso Adicional	
Ingresos del Seguro Social: \$ _____	Ingresos de Discapacidad: \$ _____
Nombre del Recipiente: _____	Nombre del Recipiente: _____
¿Puede Proveer la Carta más Reciente? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Puede Proveer la Carta más Reciente? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Otro tipo de Ingreso: \$ _____	TANF: \$ _____
Tipo: _____	Nombre del Recipiente: _____
Manutencion Infantil: \$ _____	<input type="checkbox"/> ordenada por la corte <input type="checkbox"/> acuerdo informal
¿Si es informal, el otro padre puede escribir una carta?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No. Razón: _____

Historial de Alquiler	
¿Cuál es su situación de Vivienda actual? Por favor basélo en donde se quedó anoche. Por favor solo seleccione 1cajita.	
<input type="checkbox"/> Quedándome con amigos o familia <input type="checkbox"/> Cárcel, prisión o centro de detención juvenil <input type="checkbox"/> Programa de Vivienda de transición <input type="checkbox"/> Sin hogar <i>(Por favor seleccione donde durmió anoche)</i> <input type="checkbox"/> Lugar publico <input type="checkbox"/> Carro <input type="checkbox"/> Calle <input type="checkbox"/> Albergue	<input type="checkbox"/> Actualmente alquilando Fecha que termina su contrato: _____ <input type="checkbox"/> Actualmente subarriendo <input type="checkbox"/> Hotel or Motel <input type="checkbox"/> Otro: _____
¿Esta ha riesgo de perder su hogar o hay fecha de desalojo?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Para qué fecha necesita salir de donde está viviendo?	_____
¿Cuánto tiempo tiene viviendo en esta situación?	_____ <input type="checkbox"/> dias / <input type="checkbox"/> meses / <input type="checkbox"/> años

Historia de Alquiler (Continuado)

¿Alguna vez a alquilado de una propiedad de **Foundation Communities**? Sí No

¿Cuándo y en que propiedad vivió?

Fecha que se mudó ahí	Fecha que se mudó fuera de ahí	Propiedad

¿Anteriormente ha participado en Children's HOME Initiative? Sí No

¿Cuántos desalojos tiene en su historial de alquiler? 0 1 2 3 4+

Describe las circunstancias de los desalojos:

Fecha de Desalojo	Lugar de Desalojo	Razon por Desalojo	Deuda Debida	Razon por Deuda	¿Todavía está en su crédito?
			\$	<input type="checkbox"/> daños al apartamento <input type="checkbox"/> falta de pago <input type="checkbox"/> otro	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
			\$	<input type="checkbox"/> daños al apartamento <input type="checkbox"/> falta de pago <input type="checkbox"/> otro	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> N
			\$	<input type="checkbox"/> daños al apartamento <input type="checkbox"/> falta de pago <input type="checkbox"/> otro	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> N

¿Cuántos contratos rotos tiene en su historial de alquiler? 0 1 2 3 4+

Describe las circunstancias de los contratos rotos:

Fecha de Contrato Roto	Lugar de Contrato Roto	Razón por Contrato Roto	Deuda Debida	Razón por Deuda	¿Todavía está en su crédito?
			\$	<input type="checkbox"/> daños al apartamento <input type="checkbox"/> falta de pago <input type="checkbox"/> otro	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
			\$	<input type="checkbox"/> daños al apartamento <input type="checkbox"/> falta de pago <input type="checkbox"/> otro	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> N
			\$	<input type="checkbox"/> daños al apartamento <input type="checkbox"/> falta de pago <input type="checkbox"/> otro	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> N

¿Alguien en el hogar debe dinero hacia alguna otra propiedad por cualquier razón? Sí N

Fecha de Deuda	Lugar de Deuda	Cantidad Debida	Razon por Deuda
			<input type="checkbox"/> daños al apartamento <input type="checkbox"/> no pago de renta <input type="checkbox"/> otro
			<input type="checkbox"/> daños al apartamento <input type="checkbox"/> no pago de renta <input type="checkbox"/> otro

¿Alguien en su hogar actualmente tiene una cuenta con Austin Energy o Texas Gas? Sí No

¿Quién y con quién? _____ Austin Energy Texas Gas Los dos

¿Alguien mayor de 18 años con cuenta? _____ Austin Energy Texas Gas

¿Alguien en su hogar actualmente tiene alguna deuda con Austin Energy o Texas Gas? Sí No

¿Quién y con quién? _____ Austin Energy Texas Gas Los dos

Cantidad debida: _____ Austin Energy _____ Texas Gas

Información Legal

Un chequeo de sus Antecedentes Penales se completará por cada solicitante u ocupante que sea mayor de 18 años. Solicitante(s) no deben tener un récord criminal que refleje cualquier convicción de felonía y ofensa criminal en los últimos 5 años. El/los solicitante(s) no debe tener un récord criminal que refleje convicciones de delitos menores que involucren crímenes violentos contra personas, propiedad, o por ofensas relacionadas con drogas o prostitución en los últimos 3 años. El/los solicitante(s) con un récord criminal serán evaluados en una base de caso por caso.

¿Alguien en su hogar tiene un récord criminal? Sí No

Por favor describa abajo:

Nombre	Fecha	Cargo	Tipo	Resultado
			<input type="checkbox"/> Delito Menor <input type="checkbox"/> Felonia	<input type="checkbox"/> Despedido <input type="checkbox"/> Tiempo Servido <input type="checkbox"/> Otro: _____ <input type="checkbox"/> Adjudicación diferida <input type="checkbox"/> Libertad condicional
			<input type="checkbox"/> Delito Menor <input type="checkbox"/> Felonia	<input type="checkbox"/> Despedido <input type="checkbox"/> Tiempo Servido <input type="checkbox"/> Otro: _____ <input type="checkbox"/> Adjudicación diferida <input type="checkbox"/> Libertad condicional
			<input type="checkbox"/> Delito Menor <input type="checkbox"/> Felonia	<input type="checkbox"/> Despedido <input type="checkbox"/> Tiempo Servido <input type="checkbox"/> Otro: _____ <input type="checkbox"/> Adjudicación diferida <input type="checkbox"/> Libertad condicional
			<input type="checkbox"/> Delito Menor <input type="checkbox"/> Felonia	<input type="checkbox"/> Despedido <input type="checkbox"/> Tiempo Servido <input type="checkbox"/> Otro: _____ <input type="checkbox"/> Adjudicación diferida <input type="checkbox"/> Libertad condicional

Información Adicional

Por favor escribe cualquier información adicional que usted crea que es importante que sepamos.

Reconocimiento

Yo confirmo que toda la información prevista en esta aplicación es verdadera. La falsificación y/o la omisión de información puede resultar en la denegación de mi aplicación al programa Children's HOME Initiative.

Firma: _____

Fecha: _____

Propiedades

El programa CHI va a estar esta disponible en 13 propiedades de Austin. Por favor déjenos saber sus áreas preferidas según en sus necesidades.

No podemos garantizar la ubicación en ninguna propiedad específica o unidad de apartamento específica.

Por favor indique que area es su 1^a, 2^a Y 3^a opción.

# _____ Opción	PROPIEDADES AL NOROESTE
	Lakeline Station / 13635 Rutledge Spur (78717)
	Cardinal Point / 11015 Four Points Dr. (78726)
	The Loretta / 13649 Rutledge Spur (78717)
# _____ Opción	PROPIEDADES AL NORTE
	Crossroads / 8801 McCann Dr. (78757)
	Laurel Creek / 11704 N Lamar Blvd. (78753)
	Trails at Vintage Creek / 7224 Northeast Dr. (78723)
# _____ Opción	PROPIEDADES CENTRALES
	M Station / 2906 E Martin Luther King Jr. Blvd. (78702)
	The Jordan at Mueller / 2724 Philomena St. (78723)
# _____ Opción	PROPIEDADES AL ESTE
	Daffodil / 6009 Daffodil Dr. (78744)
# _____ Opción	PROPIEDADES AL SUR
	Sierra Ridge / 201 W St. Elmo Rd (78745)
	Sierra Vista / 4320 S Congress Ave. (78745)
# _____ Opción	PROPIEDADES AL SUROESTE
	Homestead Oaks / 3226 W Slaughter Ln (78748)
	Live Oak Trails / 8500 W Hwy 71 (78735)