

2.3.7.5 SOLICITUD DE SUBVENCIÓN DE ALIVIO COVID

Fecha de Hoy: ____/____/____

Nombre: _____

Nombre completo

Nombre Preferido: _____

Dirección Residencial: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

¿Podemos enviarle correo a esta dirección? sí no Teléfono de celular: (____) _____ - _____

Nos permite enviar textos para recordarles de sus citas? sí no El personal del Centro solamente dejará nombre y número telefónico 713.529.0037. Si nos permite dejar un mensaje detallados, esto nos permitiría despachar su asignatura a un/a terapeuta. Tiene usted un número telefónico donde podemos dejar un mensaje privado/confidencial?

Celular

Correo electrónico: _____@_____.

Nos permite enviar recordatorios de sus citas? sí no

Seguro Social: ____/____/____ # Licencia de Conducir: _____ Estado: _____

Ingreso anual: \$ _____ **Otros recursos: \$** _____

¿Cómo se le paga? Semanal Cada 2 semanas Dos veces al mes Mensual 0 Otro: _____

Número de personas en el hogar: _____ ¿Cuántos de ellos son hijos dependientes? _____

Nombres de todos los miembros del hogar:

Primer nombre	Apellido	Relación con el jefe de hogar
		Jefe de hogar

¿Cuáles son las fuentes de esos recursos: (marque todo lo que corresponda)

- empleo ingreso por incapacitación jubilación SSI/SSD
 compensación para trabajadores padres desempleo estampillas para comida
 TANF otro: _____

Fecha de Nacimiento: ____/____/____

Es usted: Hombre Mujer TransexualH⇌M TransexualM⇌H Generador de género Pango
 Otro: _____ Pronombres él ella ellos

Orientación: Asexual Bisexual Gay/Lesbiana Heterosexual No está seguro/a
 Otro: _____

Información étnica (opcional – para propósito estadístico): ¿Es usted de origen hispano/latino? sí no
 Negarse a contestar

Si: Mejicano/a, Mejicano Americano Cubano Puertorriqueño Rican
 múltiples hispana, Latino/a o Origen Ispano

Raza (opcional - sólo para información estadística):

Indio Americano or Nativo de Alaska Asiático Africano Americano
 Nativo de Hawaii/ Islas pacíficas Anglosajón Otro, explique: _____

Si es Asiático: Indio Asiático Chino/a Filipino Japonés Coreano Vietnamita
 Otro/múltiples asiático

¿Quién o qué agencia lo **refirió** al del Centro? _____

¿Es usted un **ciudadano de EEUU**? sí no

Si no lo es, ¿tiene cédula de identidad? sí no ¿Tarjeta verde? sí no ¿Visa? sí no

¿Es usted un **veterano/a**?² Veterano/a con licencia honorable No es veterano/a
 Servicio activo Veterano/a otro (sin licencia honorable)

¿Es usted cónyuge / pareja, niño o familiar dependiente de un veterano / servicio activo militar? sí no

Estado civil: casado legalmente pareja de hecho solo Casada pero separada/o Viuda/o

Estado laboral¹: Desempleado/a, no buscando en los últimos 30 días

Desempleado/a, buscando en los últimos 30 días Desempleado/a, pero fue asegurado/a un puesto

Medio tiempo (menos de 35 horas por semana) Tiempo completo (más de 35 horas por semana)

No estoy en la fuerza laboral

Idioma primario en el que lee: Inglés Español ASL (lenguaje sordomudo/de seña) Otro: _____

Idioma primario en el que escribe: Inglés Español ASL (lenguaje sordomudo/de seña) Otro: _____

¿Tiene usted algún **impedimento físico o alguna necesidad especial**? (marque todo lo que corresponda)

movilidad audición vista habla lectura aprendizaje

otro: _____

¿Tiene algún impedimento físico que necesite **asistencia/cuidado personal** mientras esté aquí? sí no

¿Si contestó sí, que tipo de asistencia necesita? _____

Recursos comunitarios: ¿Está usted recibiendo servicios COVID de otras agencias? sí no

¿Si contestó sí, dónde? _____

Entiendo que este apoyo está limitado a \$1,000 por hogar y puede usarse para alquiler, servicios públicos o alimentos. Entiendo que debo proporcionar una copia de mi contrato de arrendamiento y un formulario W-9 de mi arrendador para recibir asistencia para el alquiler o factura de servicios públicos para recibir asistencia. Se proporcionará apoyo alimentario a través de tarjetas de regalo.

Además, acepto que si traigo a alguien a mi sesión de administración de casos, doy mi consentimiento para que tenga la información discutida en esa sesión. Entiendo que este consentimiento no se extiende fuera de la sesión a menos que haya firmado un comunicado específico que les permita hacerlo.

Entiendo que mi administrador de casos puede ofrecer una tele sesión para la administración de casos utilizando Doxy.me u otra tecnología. Mi administrador de casos me explicó cómo se utilizará la tecnología de videoconferencia Doxy.me y que no estaré en la misma habitación que mi administrador de casos. Entiendo que existen riesgos potenciales para esta tecnología, incluidas interrupciones, acceso no autorizado y dificultades técnicas. Entiendo que mi administrador de casos o yo podemos suspender la tele sesión si consideramos que las conexiones de videoconferencia no son adecuadas para la situación. Entiendo que si otro personal está presente durante la sesión que no sea mi administrador de casos, mantendrán la confidencialidad de la información obtenida. Además, entiendo que se me informará de su presencia en la sesión y tendré derecho a solicitar lo siguiente: 1) omitir detalles específicos de mi historial que me son personalmente sensibles; (2) solicite a la otra persona que abandone la sala de tele-sesión; y (3) finalice la sesión en cualquier momento. Me han explicado las alternativas a la tele-sesión, y elijo participar en una tele-sesión. Tuve una conversación directa con mi administrador de casos, durante la cual tuve la oportunidad de hacer preguntas con respecto a este procedimiento. Mis preguntas han sido respondidas y los riesgos, beneficios y cualquier alternativa práctica han sido discutidos conmigo en un idioma en el que entiendo. Al firmar este formulario, certifico: 1) que he leído o he leído este formulario y / o me han explicado este formulario, 2) que entiendo completamente su contenido, incluidos los riesgos y beneficios de las sesiones, 3) Que se me ha dado una gran oportunidad para hacer preguntas y que cualquier pregunta ha sido respondida a mi entera satisfacción, y consiento los servicios prestados a través de telesalud. Doy mi consentimiento voluntario para recibir servicios del Centro Montrose.

Entiendo que esta solicitud caduca seis meses después de la última fecha de servicios en el Centro Montrose.

Firma

_____/_____/_____
Fecha

*****personal solo más allá de este punto*****

<p><i>The following documentation must be attached or completed:</i></p> <p>~ Identity: <input type="checkbox"/> TDL <input type="checkbox"/> Other picture ID <input type="checkbox"/> SS card <input type="checkbox"/> Other _____</p> <p>~ Income: <input type="checkbox"/> Lay-off or Furlough Notice <input type="checkbox"/> Pay Stub <input type="checkbox"/> Disability Award Letter <input type="checkbox"/> Tax form <input type="checkbox"/> Other _____</p> <p>~ Supporting documentation: <input type="checkbox"/> Landlord W-9* <input type="checkbox"/> Current lease showing client as tenant & monthly rental amount <input type="checkbox"/> Copy of HCAD landlord verification http://hcad.org/property-search/</p> <p>*Not needed for mortgage or utilities</p>
<p>Housing situation: <input type="checkbox"/> Renter <input type="checkbox"/> Homeowner <input type="checkbox"/> Other/Unknown</p>
<p>Vulnerable population: <input type="checkbox"/> Limited English Proficiency or Speaks Language Other Than English at Home <input type="checkbox"/> Foreign-Born <input type="checkbox"/> Person with Special Medical Needs <input type="checkbox"/> Uninsured <input type="checkbox"/> Homeless <input type="checkbox"/> Person with Disabilities <input type="checkbox"/> Veteran <input type="checkbox"/> LGTBQ+ and Gender Non-Conforming</p>
<p>Requesting support for: <input type="checkbox"/> Rent/Mortgage <input type="checkbox"/> Utilities <input type="checkbox"/> Food cards</p>
<p>_____ Staff Member's Signature</p> <p>_____/_____/_____ Date</p>

Target Population: LGBTQ+ Current or Former Client HIV N/A