



Housing Conservation Coordinators



SPANISH- CLIENT INTAKE FORM - SPANISH

Nota: Si tiene algún impedimento de discapacidad, barreras contra el idioma u otros requisitos alternos para completar este formulario o adquirir otra información, por favor comuníquese con la coordinadora de admisión para hacer un arreglo alternativo.

Como se entero de nuestra agencia HCC?

- Por nuestros empleados
 Publicidad
 Organización religiosa o social
 Amigos o familiares
 Funcionario electo
 Internet
 Corte
 Otro: _____

PARTE 1: INFORMACIÓN BIOGRÁFICA Y DEMOGRÁFICA

Nombre: _____ **Fecha:** ____/____/____
Apellido Primer Nombre Inicial del segundo nombre

Dirección: _____ **Teléfono de casa:** ____ (____) ____ - ____
Calle et numero de apartamento
 _____ **Teléfono celular:** ____ (____) ____ - ____
Ciudad Estado Código Postal

Email: _____ Trabajo Personal

Método de contacto preferido: Telefono Celular Trabajo Casa Email

Numero de Seguro Social: _____ - _____ - _____ **Fecha de Nacimiento:** ____/____/____ **Edad:** ____

Raza: Indio Americano/Nativo de Alaska Asiático Africano Americano **Origen étnico:** Hispanico No Hispanico
 Nativo Hawaiiano/Isla del Pacifico Blanco Multirracial o bi racial **Eres Veterano?** Si No ;
 Otro (Especifique) _____ Años de servicio: ____ Lugar: _____

Genero: Hombre Mujer Otro (Especifique) _____ **Eres Discapacitado?** Si No

Estatus Marital: Soltero Casado Divorciado Separado Viudo

MI tipo de hogar consiste en....

- Un adulto soltero(a)
 Casado
 Cohabitando
 Soltera con dependientes
 Soltero con dependientes
 Compañero de cuarto/adultos no relacionados
 Viviendo con un familiar (padres, hermanos, etc.)
 Otro: (especifique): _____

Tamaño del hogar familiar : _____ Lenguajes hablado: 1. _____

2. _____

de dependientes: _____ # de dependientes con discapacidad: _____ 3. _____

Composición de los miembros del hogar:

Nombre	Relación	# Seguro Social	Edad	Fecha de Nacimiento



777 Tenth Avenue, New York, NY 10019 T: 212-541-5996 F: 212-541-5966

PARTE 2: ESTATUS DE EMPLEO

MI Estatus de Empleo es:

- Empleado a tiempo completo
 Empleado a tiempo parcial
 Empleado tempora
 Desempleado recibiendo beneficios
 Desempleado no recibiendo beneficios
 Trabajador por cuenta propia
 Discapacitado recibiendo beneficios
 Retirado
 Otro (especifique): _____

Empleador: _____

Fecha de Inicio: ____/____/____

Dirección: _____

Teléfono: (____) _____ - _____

PARTE 3: ESTATUS DE VIVIENDA

MI estatus actual de vivienda es:

- Rentando- Renta estabilizada
 Rentando- Renta controlada
 Rentando – SRO o hotel
 Rentando- Sección 8 o Vivienda publica
 Rentando – otro
 Sin hogar
 Dueños (con hipoteca (s) / sin hipoteca
 Viviendo con familia/amigos
 Otro (especifique): _____

Si renta,

Soy el arrendatario: Si No Periodo actual del contrato de renta: desde _____ hasta _____
 Si no, relación del arrendatario: _____ Fecha de vencimiento del último contrato : ____/____/____

La renta es \$ _____ por mes/semanal Fecha en la que se mudo al apartamento : ____/____/____

Estoy recibiendo asistencia subsidiaria de renta: Si No En caso afirmativo, especifique: _____

Estoy pasando por un momento difícil de uno o mas de las siguientes circunstancias (vea el recuadro de abajo): Si No

<input type="checkbox"/> No puedo pagar la actual renta debido a (marque con un circulo): Pérdida de ingreso, razones por deudas medicas, alza de la renta, otro: _____	<input type="checkbox"/> Necesito reparaciones en mi apartamento/edificio	<input type="checkbox"/> Estoy siendo acosado
<input type="checkbox"/> Estoy en proceso de desalojo	<input type="checkbox"/> Estoy atrasado en mi renta y necesito asistencia (cantidad de deuda \$ _____)	<input type="checkbox"/> Estoy atrasado en el pago de los servicios de utilidad y necesito asistencia (cantidad de deuda \$ _____)
<input type="checkbox"/> Me están sobre cobrando	<input type="checkbox"/> Mi subsidio se ha terminado o ha sido reducido	<input type="checkbox"/> Discordia en la familia Violencia domestica en la casa: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
<input type="checkbox"/> Discordia con vecinos	<input type="checkbox"/> Otro (especifique): _____	

Por favor especifique las dificultades que afectan su vivienda:



777 Tenth Avenue, New York, NY 10019 T: 212-541-5996 F: 212-541-5966

PARTE 4: INGRESOS, DUELAS & GASTOS DEL HOGAR

Por favor provea información de sus ingresos, deudas y gastos del hogar. Recuerde que todos los números deben representar un cálculo mensual (no anual). Si esto no aplica, deje los espacios en blanco. Debe incluir a todos los miembros del hogar, ingresos, deuda e información. Identifique los nombres de cada integrante del hogar en el siguiente espacio:

Tipo de Ingreso	Nombre 1:	Nombre 2:	Nombre 3:
	Ingresos Mensuales (Dolares)	Ingresos Mensuales (Dolares)	Ingresos Mensuales (Dolares)
1. Salario/trabajo asalariado			
2. Manutención de los hijos/Pensión alimentaria			
3. Seguro social			
4. Pensión			
5. Ingresos del SSI			
6. Ingresos por discapacidad			
7. Ingreso de desempleo			
8. Ingreso de asistencia pública			
10. Other:			
TOTAL:			
TOTAL COMBINADO:			

Dueñas Mensuales:	Nombre 1:	Nombre 2:	Nombre 3:
1. Renta	\$	\$	\$
2. Gastos de utilidades	\$	\$	\$
3. Tarjetas de crédito	\$	\$	\$
4. Gastos por el cuidado de niños	\$	\$	\$
5. Manutención de los hijos/Pensión alimentaria	\$	\$	\$
6. Deudas médicas	\$	\$	\$
7. Alimentos	\$	\$	\$
8. Teléfono celular	\$	\$	\$
9. Pagos de carro	\$	\$	\$
10. Seguro de carro	\$	\$	\$
11. Transporte (tarjeta de metrocara, Amtrak y otros)	\$	\$	\$
12. Otro:	\$	\$	\$
TOTAL:	\$	\$	\$
TOTAL COMBINADO:	\$		



**Housing
Conservation
Coordinators**

777 Tenth Avenue, New York, NY 10019 T: 212-541-5996 F: 212-541-5966

Total del valor COMBINADO de activos líquidos:	Total del valor COMBINADO de activos tangibles :
1. Bonos/ Certificado de Depósitos/ Acciones: \$	1. Valor de su propiedad : \$
2. Cuentas de ahorros: \$	2. Valor de propiedad invertido: \$
3. Cuentas de cheques: \$	3. Otros: _____ \$
4. Otros: \$	4. Otros _____ \$
VALOR TOTAL: \$	VALOR TOTAL: \$

PARTE 5: SERVICIOS NECESITADOS

Por favor elija todos los servicios que necesita:

Vivienda:

- Mantenimiento o renta atrasada
- Acosado
- Arreglos (apartamento, edificio, los dos)
- SCRIE/DRI Aplicación inicial o renovación
- Terminación subsidiaria (Sección 8)
- Pregunta de arrendamiento
- Pregunta de acciones
- Desalojo (He recibido una (circule uno) un aviso de desalojo, aviso para rectificar, aviso de terminación/ Sin renovación/ Aviso de petición
- MCI u otros incrementos en la renta, organizar en el edificio y otro. (Especifique)
- Organizar edificio Otro (especifique): _____

Deuda del consumidor :

- Deuda de tarjeta de crédito
- Deuda medica
- Bancarrota
- Deuda por gastos escolares
- Juicio (Especifique): _____
- Otro (especifique): _____

Planificación de sucesión:

- Testamento
- Poder para la atención de la salud
- Carta Poder
- Fideicomiso
- Otro: _____

Beneficios públicos:

- Terminación de la Asistencia publica/ cambio en el presupuesto
- Medicaid/Medicare
- Beneficios de desempleado
- Seguro Social
- HASA
- Otro: _____

Otro (especifique):



777 Tenth Avenue, New York, NY 10019 T: 212-541-5996 F: 212-541-5966

PARTE 6: REPRESENTACIÓN & DIVULGACIÓN

**** Se requiere firmas****

Por favor lea cuidadosamente y firme en la línea de abajo:

Certifico que toda la información proveída en este formulario es concisa y verdadera, y cualquier cambio en la información proveída estará inmediatamente enviado a los empleados de HCC.

X _____
(firma)

Fecha: ____ / ____ / ____

Estoy de acuerdo en participar en programas educativos y de consejería de HCC, con el fin de ayudarme con temas relacionados a la vivienda, deuda de crédito, inmigración, beneficios públicos, problemas en la renta subsidiaria, y otros problemas que he requerido. HCC ofrece servicios de vivienda, deudas de crédito, beneficios públicos, inmigración, y otros servicios de consejería.

Entiendo que:

- El trabajador social y yo conversaremos sobre mi historia de crédito, mi historial financiero, trabajo y la composición del hogar. Yo entiendo que será necesario para el trabajador que hable sobre esta información con otros representantes de otras firmas o agencias para asistirme en alcanzar mis metas.
- Con el fin de proveer servicios gratuitos, HCC recibe fondos del gobierno y fundaciones privadas. Estos donantes requieren reportes semi anuales y trimestrales con información de clientes demográficos y los servicios ofrecidos. Yo entiendo que la información que proveo a HCC puede ser compartida con estos donantes para cumplir los requisitos de los reportes.
- Me pueden referir a otros servicios o agencias apropiadas para asistirme con mis preocupaciones que han sido identificados. Yo entiendo que no estoy obligado a usar ninguno de estos servicios ofrecidos por HCC u otras agencia (a).
- Mi información será usada confidencialmente y no será divulgada a otro grupo que no este directamente relacionado o específicamente autorizado por mi para que obtenga mi información.

X _____
(firma)

Fecha: ____ / ____ / ____