



# Asesoramiento de vivienda para la prevención de ejecuciones hipotecarias

## Formulario de admisión

Hora: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

Núm. de cliente: \_\_\_\_\_

Programa: Asesoramiento de vivienda para la prevención de ejecuciones hipotecarias Lugar: CRT 330 Market St., Hartford, CT 06120

### COMPLETE LA SIGUIENTE INFORMACIÓN.

TODA LA INFORMACIÓN SE MANTENDRÁ EN ESTRUCTA CONFIDENCIALIDAD POR TODO EL PERSONAL DE CRT Y SE USARÁ ÚNICAMENTE CON EL PROPÓSITO DE IDENTIFICAR LOS SERVICIOS SOBRE LOS QUE USTED PUEDA ESTAR INTERESADO EN OBTENER MÁS INFORMACIÓN.

Nombre: \_\_\_\_\_ Núm. de teléfono (C): \_\_\_\_\_ (T): \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_ Núm. de Seguro Social: \_\_\_\_\_

Dirección de correo electrónico: \_\_\_\_\_

Núm. de adultos en el hogar: \_\_\_\_\_ Núm. de niños en el hogar: \_\_\_\_\_ Núm. de id. del cliente de DSS: \_\_\_\_\_

Condiciones de vida: \_\_\_\_\_ Tipo de familia: \_\_\_\_\_ Estado civil: \_\_\_\_\_ Idioma principal: \_\_\_\_\_

### Características de los miembros de la familia/hogar:

Nombre	Relación	Núm. de Seguro Social	M/F	Fecha de nacimiento	Edad	Etnia/Raza	Nivel de educación	Ingreso anual
	YO							

**Ingresos:** ¿Recibe ingresos de alguna de las siguientes fuentes? (Marque todo lo que corresponda)

- Empleo  
 Discapacidad  
 Discapacidad pendiente  
 Seguro Social  
 Seguro Social pendiente  
 Pensión  
 Manutención infantil  
 Pensión alimenticia  
 Ingresos por alquiler  
 Otros

**Empleo:** ¿Tiene un trabajo?  Sí  No      ¿Es a  Tiempo completo o  Tiempo parcial?

**Educación:** ¿Tiene un diploma de escuela secundaria o GED?  Sí  No

**Formación:** ¿Tiene conocimientos que le permitan conseguir un empleo?  Sí  No

**Vivienda:** ¿Vive en una vivienda asequible y segura?  Sí  No

**Transporte:** (Complete el espacio en blanco que mejor describa su situación de transporte.)

¿Tiene acceso a un automóvil, transporte público o un servicio de transporte regular?  Siempre  La mayor parte del tiempo  A veces  
 Rara vez  No

**Cuidado infantil:** (Marque todo lo que corresponda)

NO tengo hijos  Necesito cuidado infantil

Mi hijo está inscrito en una guardería con licencia de mi elección que es:  NO SUBSIDIADA  SUBSIDIADA  
 Mi hijo recibe cuidado infantil de un familiar o amigo  Mi hijo está en una lista de espera para cuidado infantil  
 Mi hijo no está inscrito en un centro de cuidado infantil

**Cuidado de ancianos:**

¿Cuida a una persona mayor?  Sí  No Si la respuesta es Sí, ¿necesita cuidado de ancianos, pero no puede costearlo?  Sí  No

**Seguro médico:** (Seleccione todo lo que corresponda)

Marque la casilla que mejor describa el seguro médico de sus hijos.

No tengo hijos  Todos tienen seguro médico  Algunos tienen seguro médico  Ninguno tiene seguro médico

Marque la casilla que mejor describa su seguro médico.

Todos los adultos tienen seguro médico  Algunos adultos tienen seguro médico  Ningún adulto tiene seguro médico

---

### Confidencialidad del cliente y consentimiento para la divulgación de información

Yo \_\_\_\_\_, doy mi consentimiento para que CRT divulgue, obtenga y comparta toda la información social, médica y de otro tipo pertinente, identificable y no confidencial sobre mí que me permitirá beneficiarme de los servicios ofrecidos.

Al otorgar dicho permiso, entiendo que dicha información permanecerá confidencial y que solo se usará para mi beneficio o para el beneficio de los miembros menores de edad de mi familia. Eximo a CRT y a su personal de toda responsabilidad legal por divulgar o adquirir información que he permitido al firmar este formulario. Las declaraciones que he hecho en esta solicitud son verdaderas, correctas y completas según mi leal saber y entender.

Firma del cliente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

He explicado a \_\_\_\_\_ el propósito de esta exención y la divulgación que razonablemente podría anticiparse.

Firma del miembro del personal de CAA: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

----- **No escriba debajo de esta línea. Solo para uso del personal** -----

**Derivación para gestión de casos:** S/N **Derivación para cupones de alimentos/capacitación:** S/N **Derivación para cuidado infantil:** S/N  
**Derivación para EFPP:** S/N

**Derivaciones para servicios vecinales:** S/N **Evaluación/Derivaciones rechazadas:** S/N

Entrada al programa: \_\_\_\_\_ Plan de acción: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_