

**Lista de Verificación para la Aprobación
del Programa de Continuidad de Cuidado**

Esta lista de verificación solo se realiza al principio. Si se produce un error en la aprobación/asistencia, se deberá volver a realizar.

Nombre del solicitante:

Receptor indirecto/Gestor de casos:

Fecha:

N.º DE ID
DEL HMIS**Documentos (proporcionar las copias de los originales)**

Incluido

N/A

Hoja de portada de la colocación de entrada coordinada

(copia del formulario completo recibido de la Coalición de Rhode Island para las Personas sin Hogar [RICH])

Autorización de Continuidad de Cuidado de Rhode Island (RI CoC) para compartir información, formulario del Sistema de Información para la Gestión de las Personas sin Hogar (HMIS)

Formulario de certificación de admisión

Autorización de divulgación de información y consentimiento

Certificación de estado de discapacidad/Falta de vivienda crónica

Verificación de la falta de vivienda crónica

Verificación de discapacidad

Aviso sobre la Ley Federal de Privacidad

Reconocimiento del debido proceso

Otros

Envíe todos los documentos a RIHousing para su aprobación. Una vez que reciba la aprobación, podrá comenzar la búsqueda de unidades.

Autorización de Continuidad de Cuidado de Rhode Island para compartir información

La Continuidad de Cuidado de RI (RI CoC) está compuesta por una red de agencias gubernamentales y organizaciones sin fines de lucro que brindan refugio, vivienda y otros servicios a personas y familias sin hogar. Con el objetivo de brindarle los mejores servicios, es importante que todas las agencias que trabajan con usted puedan compartir información para planificar y coordinar los servicios que necesita. Solo el personal autorizado que desempeña funciones de gestión de casos o administrativas puede intercambiar información sobre usted por escrito (en papel), verbalmente (mediante conversaciones o llamadas telefónicas) o de manera electrónica (a través de una base de datos compartida). Necesitamos su permiso por escrito para compartir esta información. Su firma en esta autorización permite a las agencias de servicios para personas sin hogar compartir su información con el fin de ofrecerle los mejores servicios disponibles. Puede solicitar una lista con los nombres de las agencias.

Autorizo a RI CoC a compartir la siguiente información sobre mi persona con las agencias miembros. **Todos los miembros del personal que acceden a la información reciben capacitación en procedimientos de confidencialidad. Todos los miembros de la red de RI CoC firmaron acuerdos para tratar la información personal de manera confidencial.**

La siguiente información A) está disponible **únicamente para el personal autorizado** que necesita acceder a la base de datos compartida a fin de identificar a los clientes en sus proyectos, así como para los gestores de casos y administradores:

A) Información de identificación personal, como mi nombre, fecha de nacimiento y número del seguro social.

La siguiente información B) puede compartirse **únicamente entre el personal autorizado** que realiza gestiones de casos o funciones administrativas:

B) Ingresos y bienes, prestaciones públicas, seguro médico, historial de vivienda y empleo, formación académica, historial de encarcelamiento, estado de libertad condicional, información sobre salud conductual, historial de tratamiento de salud mental, información sobre salud física, uso de servicios para personas sin hogar en el pasado y contactos con miembros de la red.

Debido a que la red recibe fondos del gobierno federal, debemos recopilar la siguiente información C), que se almacenará en una base de datos mantenida por Bowman Systems Inc. La información agregada se incluirá en los informes requeridos por el Departamento de Vivienda y Desarrollo Urbano de EE. UU., **pero ni a usted ni a los miembros de su familia se los identificará de manera individual en ninguno de estos informes:**

C) Nombre; fecha de nacimiento, número de seguro social; sexo; etnia y raza; condición de veterano, estado de discapacidad y situación de vida anterior.

Entiendo que la firma del presente formulario no garantiza que recibiré asistencia. Si me niego a firmar este formulario no será motivo de descalificación para recibir servicios básicos, aunque algunos programas tendrán requisitos adicionales de elegibilidad e intercambio de información que debo cumplir. Entiendo que puedo retirar este consentimiento en cualquier momento mediante el envío de una solicitud por escrito al programa que se menciona a continuación. El retiro entrará en vigor en la fecha firmada y no se aplicará a la información ya divulgada.

Esta autorización es válida hasta que la revoque por escrito.

Nombre del cliente (en letra imprenta): _____ Firma: _____

Nombre del testigo (en letra imprenta): _____ Firma: _____

Programa/Agencia (en letra imprenta): _____ Fecha: _____

FORMULARIO DE CERTIFICACIÓN DEL SOLICITANTE DE CONTINUIDAD DE CUIDADO

Nombre del solicitante: _____ Fecha de la solicitud: _____

Dirección: _____

Teléfono: _____ Correo electrónico: _____

Nombre del contacto de emergencia: _____ Relación: _____

Dirección: _____

Teléfono: _____

SITUACIÓN ACTUAL/ANTERIOR:

¿Usted o alguien de su familia ha estado implicado recientemente en un caso de violencia doméstica? Sí No

¿Es veterano? Sí No En caso afirmativo, ¿recibe prestaciones de veterano? Sí No

¿Participó anteriormente en el programa de Continuidad de Cuidado? Sí No

COMPOSICIÓN FAMILIAR: Mencione todas las personas que viven en su unidad.

*CATEGORÍAS DE LAS RELACIONES: H=JEFE DE FAMILIA; S=CÓNYUGE (casado); K=COJEFE (no casado); Y=MENOR DE 18; A=OTRO ADULTO; E=ESTUDIANTE A TIEMPO COMPLETO MAYOR DE 18 AÑOS; F=NIÑO/ADULTO ADOPTIVO; L=COLABORADOR PERSONAL RESIDENTE

*CATEGORÍAS DE RAZA: 1=BLANCO 2=NEGRO 3=INDÍGENA AMERICANO 4=ASIÁTICO O DE LAS ISLAS DEL PACÍFICO

	Nombre y apellido de los miembros del hogar	Número de seguro social	Fecha de nacimiento (mes/día/año)	Sexo (masculino o femenino)	Origen étnico (hispano o no hispano)	Raza*	Relación con el jefe de familia*	Discapacidad o (sí o no)
1.								
2.								
3.								
4.								
5.								
6.								
7.								

CERTIFICACIÓN DE EXACTITUD DEL JEFE DE FAMILIA

POR LA PRESENTE, CERTIFICO QUE, A MI LEAL SABER Y ENTENDER, LA INFORMACIÓN ANTERIOR SOBRE LA COMPOSICIÓN DE LA UNIDAD FAMILIAR ESTÁ COMPLETA Y ES VERAZ Y CORRECTA.

Firma del jefe de familia

Fecha

Continuidad de Cuidado

Certificación de estado de discapacidad y falta de vivienda crónica

El HUD define a una persona como "sin vivienda crónica" si tiene una discapacidad y ha vivido en un refugio, lugar seguro o lugar no habitable para seres humanos durante 12 meses continuos o en 4 ocasiones distintas en los últimos tres años (debe sumar 12 meses). Las interrupciones en la falta de vivienda, mientras que el individuo resida en un centro de atención institucional no contarán como una interrupción en la falta de vivienda. Además, una persona que resida actualmente en un centro de atención institucional durante menos de 90 días y cumpla con los criterios anteriores para ser considerada una persona sin vivienda crónica también se puede considerar una persona sin vivienda crónica. Por último, una familia con un jefe de familia adulto o menor de edad que cumpla con los criterios antes mencionados también puede considerarse como persona sin vivienda crónica, a pesar de los cambios en la composición familiar (a menos que el jefe de familia sin vivienda crónica abandone la familia).

Nombre del cliente:	Fecha de nacimiento:
Cantidad de personas en el hogar:	El cliente es jefe de familia: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

Parte 1: Situación actual de la vivienda y falta de vivienda a largo plazo

- ¿El jefe de familia (HOH) se encuentra actualmente sin hogar, en la calle o en un refugio?
 Sí (pase a la pregunta 3) No (responda la siguiente pregunta)
- ¿El HOH ha residido en un centro de atención institucional durante menos de 90 días?
 Sí (pase a la pregunta 3) No (**DETÉNGASE**, la familia no es elegible para este programa)
- ¿El HOH ha estado sin hogar, en la calle o en refugios de manera continua durante 1 año o más?
 Sí (continúe con el cronograma en la página 3) No (responda la siguiente pregunta)
- En los últimos 3 años, ¿el HOH ha estado 4 o más veces sin hogar, en la calle o en un refugio durante más de 12 meses?
 Sí (continúe con el cronograma en la página 3) No (**DETÉNGASE**, la familia no es elegible para este programa)

El cliente debe encontrarse actualmente en uno de estos lugares para ser considerado una persona sin vivienda crónica.

Opciones de residencia actual del cliente:

- Refugio de emergencia
- Sin refugio, en la calle o en un lugar no habitable para humanos
- Refugio seguro
- Hotel o motel pagado por el gobierno o una organización benéfica
- Centro de atención institucional (donde haya estado menos de 90 días)

¿El cliente huye o intenta huir de la violencia doméstica (marque una opción)? Sí NO

Situación de la persona sin hogar

(Se debe presentar la documentación para verificar la situación de la persona sin hogar. Revise la página 4 para ver la documentación aceptable)

- | | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Literalmente sin hogar (incluye <90 días en una institución) | <input type="checkbox"/> Riesgo inminente de quedarse sin vivienda | <input type="checkbox"/> Huida de la violencia doméstica |
|---|--|--|

Situación crónica/de discapacidad

¿El solicitante es una persona sin vivienda crónica? (Revisar el historial de personas sin vivienda) Sí NO

¿Este solicitante está calificado para recibir vivienda de apoyo permanente? Sí NO

En caso afirmativo, complete la Parte 2. Se debe presentar el estado y la verificación de discapacidad

Fecha de inicio:

Fecha de finalización:

Nombre/dirección del lugar:

Notas sobre el estado actual de la vivienda:

Parte 2: Situación de discapacidad

El término "persona sin hogar con una discapacidad" se refiere a una persona sin hogar, tal y como se define en la sección 103, que tiene una o más de las siguientes características:

1. Discapacidades del desarrollo
2. VIH o SIDA
3. Deficiencia física, mental o emocional que cumple con todos los criterios siguientes:
 - a. Se espera que sea de larga duración o indefinida, también
 - b. Impide la capacidad de la persona para vivir de forma independiente, y
 - c. Es tal que la capacidad de vivir de forma independiente podría mejorarse con una vivienda más adecuada

¿El HOH padece una discapacidad, según lo definido antes?

Sí No (**DETÉNGASE**, la familia no es elegible para este programa)

Al jefe de familia le han diagnosticado una o más de las siguientes afecciones (marque todas las que correspondan):

- Trastorno por consumo de sustancias
- Trastorno de salud mental grave
- Discapacidades del desarrollo
- Trastorno de estrés postraumático
- Deficiencias cognitivas derivadas de lesiones cerebrales
- Enfermedad física crónica o discapacidad
- VIH/SIDA
- Otra:

Documentación adjunta:

- Verificación por escrito de la discapacidad por parte de un profesional autorizado para diagnosticar y tratar la discapacidad documentada (por ejemplo, Verificación de discapacidad [Formulario D]);
- Verificación por escrito de la Administración del Seguro Social;
- El recibo de un cheque federal por discapacidad; u
- Observación de discapacidad registrada por el personal de admisión, antes de los 45 días después de la solicitud de asistencia, acompañada de evidencia de respaldo.

Certificación del cliente:

A mi leal saber y entender, toda la información facilitada en las partes 1, 2 y 3 del presente documento es veraz y está completa. También entiendo que cualquier tergiversación o información falsa puede dar lugar a la cancelación o denegación de mi participación, o a la finalización de la ayuda. Es mi responsabilidad notificar por escrito a la agencia indicada a continuación cualquier cambio en mi situación de vivienda o dirección durante mi participación en el programa. Entiendo que se puede cancelar mi solicitud si no lo hago.

Nombre del cliente: (en letra de imprenta)

Firma del cliente:

Fecha:

Certificación del personal: *A mi leal saber y entender, toda la información y documentación utilizada para determinar si reúne los requisitos de elegibilidad es veraz y está completa.*

Nombre del personal: (en letra de imprenta)

Firma del personal:

Fecha:

Función del personal:

Agencia:

Notas:

Parte 3: Historial de la vivienda

	Mes n.º 1	Mes n.º 2	Mes n.º 3	Mes n.º 4	Mes n.º 5	Mes n.º 6	Mes n.º 7	Mes n.º 8	Mes n.º 9	Mes n.º 10	Mes n.º 11	Mes n.º 12	
M./A.	(Mes actual)												
Ubicación <i>Marque todo lo que corresponda</i>	<input type="checkbox"/> En la calle <input type="checkbox"/> Refugio <input type="checkbox"/> Refugio seguro <input type="checkbox"/> <90 días en una inst.	<input type="checkbox"/> En la calle <input type="checkbox"/> Refugio <input type="checkbox"/> Refugio seguro <input type="checkbox"/> <90 días en una inst.	<input type="checkbox"/> En la calle <input type="checkbox"/> Refugio <input type="checkbox"/> Refugio seguro <input type="checkbox"/> <90 días en una inst.	<input type="checkbox"/> En la calle <input type="checkbox"/> Refugio <input type="checkbox"/> Refugio seguro <input type="checkbox"/> <90 días en una inst.	<input type="checkbox"/> En la calle <input type="checkbox"/> Refugio <input type="checkbox"/> Refugio seguro <input type="checkbox"/> <90 días en una inst.	<input type="checkbox"/> En la calle <input type="checkbox"/> Refugio <input type="checkbox"/> Refugio seguro <input type="checkbox"/> <90 días en una inst.	<input type="checkbox"/> En la calle <input type="checkbox"/> Refugio <input type="checkbox"/> Refugio seguro <input type="checkbox"/> <90 días en una inst.	<input type="checkbox"/> En la calle <input type="checkbox"/> Refugio <input type="checkbox"/> Refugio seguro <input type="checkbox"/> <90 días en una inst.	<input type="checkbox"/> En la calle <input type="checkbox"/> Refugio <input type="checkbox"/> Refugio seguro <input type="checkbox"/> <90 días en una inst.	<input type="checkbox"/> En la calle <input type="checkbox"/> Refugio <input type="checkbox"/> Refugio seguro <input type="checkbox"/> <90 días en una inst.	<input type="checkbox"/> En la calle <input type="checkbox"/> Refugio <input type="checkbox"/> Refugio seguro <input type="checkbox"/> <90 días en una inst.	<input type="checkbox"/> En la calle <input type="checkbox"/> Refugio <input type="checkbox"/> Refugio seguro <input type="checkbox"/> <90 días en una inst.	<input type="checkbox"/> En la calle <input type="checkbox"/> Refugio <input type="checkbox"/> Refugio seguro <input type="checkbox"/> <90 días en una inst.
Doc. documento <i>Marque una opción</i>	<input type="checkbox"/> HMIS <input type="checkbox"/> Obsv. <input type="checkbox"/> Documentación para el alta <input type="checkbox"/> Referencia <input type="checkbox"/> Admisión <input type="checkbox"/> Autocertificación	<input type="checkbox"/> HMIS <input type="checkbox"/> Obsv. <input type="checkbox"/> Documentación para el alta <input type="checkbox"/> Referencia <input type="checkbox"/> Admisión <input type="checkbox"/> Autocertificación	<input type="checkbox"/> HMIS <input type="checkbox"/> Obsv. <input type="checkbox"/> Documentación para el alta <input type="checkbox"/> Referencia <input type="checkbox"/> Admisión <input type="checkbox"/> Autocertificación	<input type="checkbox"/> HMIS <input type="checkbox"/> Obsv. <input type="checkbox"/> Documentación para el alta <input type="checkbox"/> Referencia <input type="checkbox"/> Admisión <input type="checkbox"/> Autocertificación	<input type="checkbox"/> HMIS <input type="checkbox"/> Obsv. <input type="checkbox"/> Documentación para el alta <input type="checkbox"/> Referencia <input type="checkbox"/> Admisión <input type="checkbox"/> Autocertificación	<input type="checkbox"/> HMIS <input type="checkbox"/> Obsv. <input type="checkbox"/> Documentación para el alta <input type="checkbox"/> Referencia <input type="checkbox"/> Admisión <input type="checkbox"/> Autocertificación	<input type="checkbox"/> HMIS <input type="checkbox"/> Obsv. <input type="checkbox"/> Documentación para el alta <input type="checkbox"/> Referencia <input type="checkbox"/> Admisión <input type="checkbox"/> Autocertificación	<input type="checkbox"/> HMIS <input type="checkbox"/> Obsv. <input type="checkbox"/> Documentación para el alta <input type="checkbox"/> Referencia <input type="checkbox"/> Admisión <input type="checkbox"/> Autocertificación	<input type="checkbox"/> HMIS <input type="checkbox"/> Obsv. <input type="checkbox"/> Documentación para el alta <input type="checkbox"/> Referencia <input type="checkbox"/> Admisión <input type="checkbox"/> Autocertificación	<input type="checkbox"/> HMIS <input type="checkbox"/> Obsv. <input type="checkbox"/> Documentación para el alta <input type="checkbox"/> Referencia <input type="checkbox"/> Admisión <input type="checkbox"/> Autocertificación	<input type="checkbox"/> HMIS <input type="checkbox"/> Obsv. <input type="checkbox"/> Documentación para el alta <input type="checkbox"/> Referencia <input type="checkbox"/> Admisión <input type="checkbox"/> Autocertificación	<input type="checkbox"/> HMIS <input type="checkbox"/> Obsv. <input type="checkbox"/> Documentación para el alta <input type="checkbox"/> Referencia <input type="checkbox"/> Admisión <input type="checkbox"/> Autocertificación	<input type="checkbox"/> HMIS <input type="checkbox"/> Obsv. <input type="checkbox"/> Documentación para el alta <input type="checkbox"/> Referencia <input type="checkbox"/> Admisión <input type="checkbox"/> Autocertificación
Doc. adjunto	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Mes y año de interrupción y descripción o N/A	Interrupción 1: Interrupción 2: Interrupción 3: Interrupción 4: Interrupción 5: Interrupción 6: Si hay interrupciones adicionales, detállelas y adjúntelas.												
Notas													
Verificación de autocert.	¿La documentación incluye más de 3 meses de autocertificaciones? * <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No *Tenga en cuenta que, si contestó Sí , para al menos el 75% de los hogares asistidos por un beneficiario en un proyecto durante un año operativo, no se pueden autocertificar más de 3 meses. Consulte con el administrador de su proyecto para asegurarse de no haber superado el límite de autocertificación.												
Referencia	M. = Mes, A. = Año, Inst. = Institución, Doc. = Documentación, Obsv. = Observación, Cert. = Certificación, Descrip. = Descripción Remisión = Carta o formulario de remisión por escrito, u otra certificación de un proveedor en su capacidad profesional												

Documentación requerida (Esta página es solo para referencia y no es necesario imprimirla ni incluirla en el expediente).

- *Un solo encuentro con un tercero en un mes es suficiente para considerar que la persona carece de hogar durante todo el mes, a menos que se demuestre una interrupción.*
- *Si no se puede obtener documentación de terceros, se requiere documentación de segundas o primeras partes y:*
 - *Debe documentar minuciosamente los intentos de obtener documentación de terceros y los motivos por los que no se obtuvo.*
- *Se deben verificar al menos 9 meses de falta de vivienda con documentación de terceros, excepto en las siguientes situaciones:*
 - *Casos raros/extremos: **(para no más del 25% de los hogares asistidos en un año operativo)** se pueden documentar más de 9 meses mediante documentación de primera o segunda parte.*
- *Independientemente de cualquier otra documentación obtenida, se debe presentar documentación de falta de vivienda la noche anterior al ingreso al programa.*

<p>CALLES O LUGARES NO HABITABLES PARA SERES HUMANOS</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Escrito de terceros (una o más de las siguientes opciones): <ul style="list-style-type: none"> ○ Registro del HMIS de contactos para asistir a personas sin hogar que se encuentran en la calle ○ Certificación de falta de vivienda (Formulario A) ○ Observación de las condiciones de vida (Formulario B) ○ Certificación de falta de vivienda basada en el juicio profesional (Formulario C) ○ Carta firmada/formulario de referencia de un proveedor de servicios de asistencia a personas sin hogar o una fuente de referencia O • Escrito de segunda parte (<u>ambas</u> de las siguientes opciones): <ul style="list-style-type: none"> ○ Certificación basada en la conversación de admisión (Formulario F) Y ○ Suplemento del personal a la certificación basada en la conversación de admisión (Formulario F) en el que se describen los intentos de obtener la verificación de terceros O • Escrito de primera parte (<u>ambas</u> de las siguientes opciones): <ul style="list-style-type: none"> ○ Autodeclaración de falta de vivienda del cliente (Formulario E) Y ○ Suplemento de personal a la autodeclaración de falta de vivienda (Formulario E) en el que se describen los intentos de obtener la verificación de terceros
<p>REFUGIO DE EMERGENCIA o SEGURO</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Escrito de terceros (una o más de las siguientes opciones): <ul style="list-style-type: none"> ○ Registro del HMIS de permanencia en el refugio ○ Certificación de falta de vivienda (Formulario A) ○ Observación de las condiciones de vida (Formulario B) ○ Certificación de falta de vivienda basada en el juicio profesional (Formulario C) ○ Carta firmada/formulario de referencia de un proveedor de refugio de emergencia O • Escrito de segunda parte (<u>ambas</u> de las siguientes opciones): <ul style="list-style-type: none"> ○ Certificación basada en la conversación de admisión (Formulario F) Y ○ Suplemento del personal a la certificación basada en la conversación de admisión (Formulario F) en el que se describen los intentos de obtener la verificación de terceros O • Escrito de primera parte (<u>ambas</u> de las siguientes opciones): <ul style="list-style-type: none"> ○ Autodeclaración de falta de vivienda del cliente (Formulario E) Y ○ Suplemento de personal a la autodeclaración de falta de vivienda (Formulario E) en el que se describen los intentos de obtener la verificación de terceros

**HOSPITAL U OTRA
INSTITUCIÓN**

Si la estadía del cliente fue de 90 días o menos y estuvo en un refugio o en la calle antes del ingreso, esto significa quedarse sin hogar. Si la estadía del cliente es de 90 días o más, se trata de una interrupción

- **Escrito de terceros** (una de las siguientes opciones):
 - Carta o documento de alta del hospital u otra institución, incluidas las fechas de ingreso y alta, o
 - Remisión oral documentada por el personal que incluya las fechas de admisión y alta Y **para documentar la falta de vivienda, al menos uno de los tipos de documentación requeridos para las personas sin vivienda que se encuentran en la calle o en un refugio de los clientes antes de la estadía en la institución: O**
- **Escrito de primera parte** (*ambas* de las siguientes opciones):
 - Autodeclaración de falta de vivienda del cliente (Formulario E) Y
 - Suplemento de personal a la autodeclaración de falta de vivienda (Formulario E) en el que se describen los intentos de obtener la verificación de terceros

Aviso sobre la Ley Federal de Privacidad

OBJETIVO: El Departamento de Vivienda y Desarrollo Urbano (HUD) recopila información sobre los ingresos familiares y de otro tipo para determinar la elegibilidad del solicitante, el tamaño de unidad recomendado y la cantidad que la familia debe pagar por el alquiler y los servicios públicos.

USO: El HUD utiliza los ingresos familiares y otra información para ayudar a administrar y monitorear los programas de vivienda asistidos por el HUD a fin de proteger los intereses financieros del Gobierno y verificar la exactitud de la información proporcionada. El HUD o una agencia de vivienda pública/indígena pueden realizar una comparación informática para verificar la información que usted proporcionó. Esta información se puede divulgar a los organismos locales, estatales y federales pertinentes cuando corresponda, y a investigadores y fiscales civiles, penales o reguladores. Sin embargo, la información no se divulgará ni revelará fuera del HUD, salvo en los casos permitidos o exigidos por la ley.

PENALIZACIÓN: Debe proporcionar toda la información solicitada por la agencia de vivienda pública/indígena, incluidos todos los números de seguro social que posean y utilicen tanto usted como todos los demás miembros de la unidad familiar mayores de seis (6) años. Es obligatorio proporcionar los números de seguro social de todos los miembros del hogar de seis (6) años de edad o más, y si no lo hace afectará su elegibilidad. No proporcionar la información solicitada puede resultar en un retraso o rechazo de su aprobación de elegibilidad.

AUTORIDAD PARA LA RECOPIACIÓN DE INFORMACIÓN: Las siguientes leyes autorizan la recopilación de esta información por parte del HUD o de la agencia de vivienda pública/indígena: la Ley de Vivienda de los Estados Unidos de 1937 (42 U.S.C., 1437 y siguientes), el Título VI de la Ley de Derechos Civiles de 1964 y el Título VIII de la Ley de Derechos Civiles de 1968. La Ley de Vivienda y Desarrollo Comunitario de 1987 (42 U.S.C. 3543) exige a los solicitantes y residentes que presenten los números del seguro social de todos los miembros del hogar que tengan al menos seis (6) años.

Leí, o me explicaron, el Aviso sobre la Ley de Privacidad, el _____.
Fecha

Firma del solicitante/participante

Número de seguro social

Continuidad de Cuidado

Reconocimiento del debido proceso

El presente documento tiene como objetivo informar a todos los solicitantes y participantes del programa de Continuidad de Cuidado sobre sus derechos procesales en caso de una acción adversa por parte del programa, como el despido. Todos los participantes tienen derecho a apelar una decisión de finalización que derive en la pérdida de su subsidio de alquiler y otros servicios. A continuación, se indican los pasos para dar de baja a un participante del programa de Continuidad de Cuidado (CoC) y los pasos que debe seguir el participante para apelar la decisión de finalización:

En caso de que se decida denegar/dar de baja a un solicitante o participante del Programa CoC, el gestor de casos le informará verbalmente e intentará elaborar un contrato escrito en el que se delimiten las responsabilidades de todas las partes implicadas para evitar una acción de finalización.

Si el gestor del caso y el receptor indirecto determinan que el participante no cumple con el contrato, el receptor indirecto informará a Rhode Island Housing (RIH) acerca de su recomendación de dar de baja al participante en el programa.

1. Si RIH está de acuerdo con la recomendación del proveedor de vivienda, el receptor indirecto enviará una carta escrita al solicitante o participante con la fecha de denegación o baja, y finalizará el subsidio de alquiler. La carta tendrá instrucciones para que el solicitante/participante apele esta decisión.
2. El solicitante/participante tendrá treinta (30) días calendario después de recibir la carta de finalización para apelar la decisión mediante el envío de una carta en la que solicite una apelación al receptor indirecto.
3. Después de que el receptor indirecto reciba la carta de apelación del solicitante/participante, llevará a cabo una audiencia de apelación dentro de los diez (10) días hábiles a la que el solicitante/participante deberá asistir para presentar su caso.
4. El panel de apelación del receptor indirecto debe tomar una decisión e informar al solicitante/participante de su decisión por escrito dentro de los diez (10) días hábiles siguientes a la audiencia de apelación.
5. Si el participante no está de acuerdo con la decisión del panel de apelación del receptor indirecto, podrá solicitar un segundo nivel de apelación ante RIH dentro de los diez (10) días hábiles posteriores a la recepción de la carta de la decisión del panel de apelación del receptor indirecto.
6. El solicitante/participante recibirá una carta y un sobre dirigido a RIH para solicitar la apelación. RIH llevará a cabo la audiencia de apelación dentro de los diez (10) días hábiles siguientes a la recepción de la solicitud de apelación. El participante deberá asistir a la audiencia para presentar su caso.
7. El panel de apelación de RIH informará de su decisión por escrito al solicitante/participante y al receptor indirecto en un plazo de diez (10) días laborables tras la audiencia de apelación.
8. RIH puede decidir mantener la finalización, cancelarla o establecer las condiciones que el participante debe cumplir para permanecer en el programa y designar un informe de seguimiento de los progresos. Si el solicitante/participante no demuestra haber progresado en el cumplimiento de las condiciones del panel de apelación RIH, se tomará la decisión de denegación/baja. Asimismo, si el solicitante/participante demuestra un progreso satisfactorio hacia el cumplimiento de las condiciones establecidas por RIH para permanecer en el programa, se anulará la denegación/baja. La decisión del panel de apelación de RIH es definitiva y no se puede apelar más.

Composición del panel de apelación

El panel de apelación del receptor indirecto estará formado por miembros de otros proveedores de vivienda que no sean partes en la decisión de finalización.

El panel de apelaciones de RI CoC estará compuesto por miembros de los proveedores de vivienda que no sean parte en la decisión de finalización y por el director del programa RI CoC o la persona que este designe.

¿Cuáles son los factores que conducen a la decisión de dar de baja a un participante del programa CoC?

El receptor indirecto solo recomendará la finalización como último recurso. Por lo general, la expulsión de los participantes se debe a múltiples razones, entre las que se incluyen el incumplimiento de pago del alquiler, de las condiciones del contrato de arrendamiento u ocupación, la violencia, el consumo y la venta de drogas ilegales y la comisión de delitos graves. Otro de los factores es el cumplimiento del acuerdo de servicios acordado para obtener o buscar tratamiento, ingresos y otros servicios.

Si el participante logra progresos sustanciales en la resolución de los motivos de la finalización del programa, el receptor indirecto podrá rescindir la finalización en cualquier momento del proceso.

Reconozco las garantías procesales y los procedimientos de finalización antes mencionados. He recibido una copia de este formulario y los comprendo o me los han leído o explicado.

Firma del solicitante/participante

Fecha

Firma del representante del receptor indirecto

Fecha