

APLICACIÓN PARA PARTICIPAR EN EL PROGRAMA DE AUTOSUFICIENCIA FAMILIAR DEL CONDADO DE BOULDER

¿Está usted interesado(a) en seguir con su educación o entrenamiento de trabajo?

¡Hay un programa de BCHA que quiere ayudarle a usted a tener éxito!

Autosuficiencia Familiar (FSS), es un programa de cinco años diseñado para ayudar a las familias de bajos ingresos a conseguir la educación y entrenamiento que necesiten para mejorar su situación financiera y la calidad total de la vida de sus familias.

¿Quién Puede Participar?

FSS está abierto a las familias de bajos ingresos que estén interesadas en estudiar para sacar el GED, un diploma de la escuela secundaria, un certificado de entrenamiento o un título de la universidad, con la meta final de garantizar un empleo estable.

¿Cómo funciona FSS?

Los administradores de casos de Autosuficiencia Familiar (FSS) trabajan individualmente con cada participante para establecer metas educativas que les llevarán a conseguir trabajos que paguen mejor. Junto con su administrador de casos, usted determinará hasta dónde quiere llegar y como llegar hasta allí. En asociación con Boulder County Housing Authority y Boulder Housing Partners, FSS proporciona asistencia de vivienda para los cinco años que los participantes están activos en el programa de FSS. Los administradores de casos ayudan a los participantes a acceder a los servicios en la comunidad que ayudan con recursos tales como matrícula, cuidado de niños, vivienda, transporte y apoyo personal. FSS no proporciona estos servicios directamente, sino que coordina las ayudas, y tiene acceso a recursos ya existentes en la comunidad. Se espera que los participantes de FSS estén trabajando activamente en una meta educativa y/o de empleo, asistir a clases de la comunidad (como la educación financiera o clases de padres), y completar otras actividades relacionadas que les ayudaran a alcanzar sus metas individuales.

¿Cómo puedo empezar?

El primer paso es completar la aplicación que sigue, la carta de recomendación, y la declaración personal, y después enviar por correo o por fax todas las formas completadas a FSS. Después que FSS reciba la aplicación completa, cada solicitante será contactado e invitado a iniciar el proceso de entrevistas con el personal de FSS para determinar la elegibilidad y la motivación para formar parte del programa. Después de la entrevista inicial, se pedirá al solicitante que realice varias metas a corto plazo. Cuando las metas se han completado, el solicitante será agregado a la lista de espera para FSS. Se espera que los solicitantes en la lista de espera de FSS sigan tomando medidas para lograr sus metas identificadas, y los administradores de casos de FSS estarán llamando cada mes para asegurarse que los solicitantes estén haciendo progresos. Además, los solicitantes en la lista de espera serán invitados a asistir a una segunda entrevista en persona después de estar seis meses en la lista de espera. ***Estar en la lista de espera de FSS no garantiza un espacio en el programa de FSS ni garantiza la asistencia de vivienda.*** Una vez que el solicitante se ha trasladado a la parte superior de la lista de espera de FSS y ha sido aprobado para una unidad de vivienda, se le asignara un administrador de casos. El programa de FSS puede durar hasta cinco años, dependiendo de las necesidades individuales de cada participante.

Para más información, llame al: **303-441-1221**

Sitio Web: <http://www.bouldercounty.org/family/housing/pages/familyselfsufficiency.aspx>

Enviar a: Boulder County Housing Authority
Attn: Family Self-Sufficiency
2685 A Mapleton Ave.
Boulder, CO 80304

Correo Electrónico:
mruizmondragon@bouldercounty.org
Teléfono: 303-441-1221
Fax: 303-441-4852

APLICACIÓN PARA PARTICIPAR EN EL PROGRAMA DE AUTOSUFICIENCIA FAMILIAR DEL CONDADO DE BOULDER

Fecha _____ Número de Seguro Social _____
Nombre de Cabeza de Familia _____ Fecha de Nacimiento ___/___/____
Dirección _____
Ciudad _____ Código Postal _____
Teléfono _____ Teléfono de Mensajes _____
Correo Electrónico _____ Método de contacto preferido _____

Cuanto tiempo ha vivido en el Condado de Boulder: _____

Raza: Caucásico Afroamericano asiático Nativo Americano Hawaiano/Isleño del pacifico Otro
Etnicidad: Hispano/Latino No-Hispano ¿Seguro Médico? Si No

Otras Personas en la Casa:

Nombre _____ Fecha de Nacimiento ___/___/____ Edad ____ Sexo ____

Raza: Caucásico Afroamericano asiático Nativo Americano Hawaiano/Isleño del pacifico Otro
Etnicidad: Hispano/Latino No-Hispano ¿Seguro Médico? Si No

Nombre _____ Fecha de Nacimiento ___/___/____ Edad ____ Sexo ____

Raza: Caucásico Afroamericano asiático Nativo Americano Hawaiano/Isleño del pacifico Otro
Etnicidad: Hispano/Latino No-Hispano ¿Seguro Médico? Si No

Nombre _____ Fecha de Nacimiento ___/___/____ Edad ____ Sexo ____

Raza: Caucásico Afroamericano asiático Nativo Americano Hawaiano/Isleño del pacifico Otro
Etnicidad: Hispano/Latino No-Hispano ¿Seguro Médico? Si No

Nombre _____ Fecha de Nacimiento ___/___/____ Edad ____ Sexo ____

Raza: Caucásico Afroamericano asiático Nativo Americano Hawaiano/Isleño del pacifico Otro
Etnicidad: Hispano/Latino No-Hispano ¿Seguro Médico? Si No

¿Se graduó usted de la escuela secundaria? Sí ____ No ____

¿Si no se graduó, tiene su GED? Sí ____ No ____

¿Ha ido usted a la universidad? Sí ____ No ____

¿Tiene usted una licenciatura o certificado de una universidad? Sí ____ No ____

¿Si sí, qué tipo de licenciatura o certificado? _____

¿Ha faltado usted en un préstamo de estudiante? Sí ____ No ____

¿Ha recibido usted entrenamiento vocacional? Sí ____ No ____

¿Si sí, que tipo de entrenamiento? _____

¿Usted tiene empleo? Sí ____ No ____ ¿Donde? _____

¿Cuánto tiempo tiene usted en su trabajo? _____ ¿Qué tipo de trabajo? _____

Número de horas por semana _____ Salario por hora \$ _____ Salario anual \$ _____

¿Usted ha trabajado con Workforce Boulder County (Fuerza de Empleo del Condado de Boulder)?

Sí ____ No ____ ¿Cuando? _____ ¿Por cuánto tiempo? _____

APLICACIÓN PARA PARTICIPAR EN EL PROGRAMA DE AUTOSUFICIENCIA FAMILIAR DEL CONDADO DE BOULDER

Usted está recibiendo:	Sí	No
TANF (Asistencia temporal para familias indigentes)	_____	_____
Total de meses utilizados	_____	
Mantenimiento de niños	_____	_____
Estampillas de comida (Food Stamps)	_____	_____
Beneficios de desempleo	_____	_____
CCAP	_____	_____
Ingresos de Seguro Social	_____	_____
Otro	_____	_____

Describa el tipo de empleo que usted desea tener.

¿Qué tipo de entrenamiento o educación necesita usted para tener este empleo?

¿Tiene usted circunstancias especiales que pueden prohibir su entrenamiento o educación?

(Por favor explique)

¿Si esta carrera no es posible, tiene usted otras opciones?

¿Ha trabajado con un consejero de carrera y/o un consejero personal? Por favor describa.

¿Tiene algunas preguntas sobre el programa de Autosuficiencia Familiar?

**APLICACIÓN PARA PARTICIPAR EN EL PROGRAMA DE AUTOSUFICIENCIA
FAMILIAR DEL CONDADO DE BOULDER**

*** Todos los solicitantes de FSS deben ser elegibles para la ayuda de vivienda. Actividades criminales del pasado y condenas penales pueden causar que sea excluido de la ayuda de vivienda. ***

¿Ha recibido usted asistencia de viviendas antes? Sí _____ No _____

Si sí, ¿con cuál autoridad de viviendas? _____

¿Por qué se salió de ahí? _____

¿Está recibiendo asistencia de viviendas ahora? Sí _____ No _____

Si sí, ¿con cuál autoridad de viviendas? _____

¿Ha recibido alguna ayuda del programa de Estabilización de Vivienda (HSP)? Sí _____ No _____

Si sí, ¿qué agencia le refirió?

¿Cuánto tiempo recibió asistencia bajo el programa de HSP?

Si se aprueba para FSS, se moverá en una unidad de vivienda designada de FSS. ¿Tiene una preferencia de donde le gustaría vivir? (Marque todas las que apliquen):

_____ Boulder

_____ Lafayette

_____ Longmont

_____ Louisville

APLICACIÓN PARA PARTICIPAR EN EL PROGRAMA DE AUTOSUFICIENCIA FAMILIAR DEL CONDADO DE BOULDER

AUTORIZACION PARA LA DIVULGACION DE INFORMACION

Como solicitante del FSS, usted puede estar participando con otras agencias de la comunidad que están ayudando con sus objetivos de autosuficiencia. Con frecuencia es necesario colaborar con otras agencias para evaluar mejor su elegibilidad de FSS. Se requiere su permiso para hablar con los representantes de las agencias que le estén ayudando con los servicios.

*Al firmar la autorización para divulgar información, usted da su permiso para que la información sea compartida entre los representantes de ambas agencias. **Se mantendrá la confidencialidad total.** Su información solo será discutido cuando sea necesario para adquirir los servicios necesarios, y será compartida solamente entre el programa FSS y las agencias anotadas a continuación. La comunicación con cualquier otra persona o entidad solo ocurrirá con su consentimiento especial.*

Doy mi consentimiento para los administradores de casos del FSS, y para las siguientes agencias indicadas a continuación, para intercambiar información pertinente con respecto a mi caso. La información dada a conocer puede ser por escrito o verbal y contiene la siguiente información: nombre, dirección, información de contacto, tipo de asistencia proporcionada a las entidades enumeradas en esta versión, el manejo de casos, asistencia financiera y servicios de vivienda. También autorizo la divulgación de cualquier información que aparece en esta solicitud y la documentación de apoyo con el fin de verificar esta aplicación. Si los administradores de casos FSS necesitan información adicional mientras estoy en la lista de espera del programa FSS, se me puede pedir que firme autorizaciones adicionales si fuera necesario.

- Asociación de Asistencia Familiar de Emergencia (EFAA)
- El Centro OUR (The OUR Center)
- Centro de Comunidad SISTER CARMEN
- Representante del programa Sección 8 o Vivienda Publica
- Front Range Community College
- Boulder County Head Start
- Departamento de Vivienda y Servicios Humanos del Condado de Boulder
- Programa de Génesis
- Autoridad de Vivienda del Condado de Boulder y el personal de Boulder Housing Partners
- Mother House

Esta autorización para la divulgación de la información es válida siempre y cuando el/la solicitante del programa FSS conserva un estado activo en la lista de espera del FSS.

Firma del Solicitante del programa FSS

Fecha

APLICACIÓN PARA PARTICIPAR EN EL PROGRAMA DE AUTOSUFICIENCIA FAMILIAR DEL CONDADO DE BOULDER

Querido Candidato de FSS: Por favor provee a una carta de recomendación junto a esta aplicación de alguien que le ha conocido por al menos seis meses. La persona no puede ser un amigo o familiar, y debe conocer sus fortalezas. (Por ejemplo: una maestra, trabajador social, trabajador de casos, terapeuta, persona de clero, mentor, o empleador). Si tiene preguntas sobre la carta de recomendación, por favor llámanos al 303-441-1221.

CARTA DE RECOMENDACIÓN: La persona nombrada abajo está aplicando a participar en el programa Autosuficiencia Familiar del Condado de Boulder. **Apreciamos cualquier información que usted pueda proporcionar sobre el participante. Siéntase libre añadir una hoja adicional con otros comentarios.**

NOMBRE DEL SOLICITANTE _____ FECHA _____

1. ¿Porque cree usted que esta persona está lista para empezar ir a la escuela o empezar un entrenamiento de empleo en este momento?
2. ¿Qué cualidades tiene el solicitante que le permitirá tener éxito en ser auto-suficiente?
3. ¿Tiene usted conocimiento de cualquier circunstancia especial o una barrera que el solicitante necesitaría superar para ser auto-suficiente?
4. Por favor proporcione información sobre algunas áreas que usted sienta el solicitante puede trabajar para ayudar a ella/él alcanzar sus metas. (Ejemplo: mejores habilidades de manejo de tiempo).
5. El programa FSS es de 5 años. ¿En su opinión, el solicitante demuestra la capacidad/ganas para seguir con las responsabilidades que tiene (por ejemplo, reuniones mensuales con administrador de casos, trabajo hacia metas educativas. etc.)? Por favor de ejemplos específicos desde su observación de la capacidad del solicitante para completar tareas.

Nombre de Referencia: _____

Su correo electrónico o número de teléfono: _____

Meses/años usted ha conocido al solicitante: _____

La relación al solicitante: _____

Nombre y la dirección de empleo/agencia/la ubicación donde usted conoció al solicitante: _____

Por favor note que pueda que lo contactemos a usted por el correo electrónico o el número de teléfono que usted ha proporcionado para verificar la información dada en esta Carta de Recomendación.

Notas personal de Autosuficiencia Familiar: _____
