



## HOJA DE REFERIDOS A PROYECTO MATRIA, INC.

<b>Programa al cual refiere:</b> Selecciona el encasillado	<input type="checkbox"/> Vivienda transitoria (Gaia) <input type="checkbox"/> Autosuficiencia (Alquimia) <input type="checkbox"/> Ambos
<b>Organización que refiere:</b>	
<b>Nombre y posición de la profesional que hace el referido:</b>	
<b>Teléfono de la organización:</b>	
<b>Fax de la Organización:</b>	

**Datos de la persona referida: (COMPLETAR EN LETRA DE MOLDE)**

<b>Nombre:</b>				
<b>Rango de Edad</b> <input type="checkbox"/> 18 a 24 <input type="checkbox"/> 25 a 59 <input type="checkbox"/> 60 o +	<b>Lugar de nacimiento:</b>  <hr style="width: 100%;"/> <p style="text-align: center;">País</p>	<b>Estado civil:</b> <input type="checkbox"/> casada <input type="checkbox"/> soltera <input type="checkbox"/> separada  <b>Otra:</b>	<input type="checkbox"/> ¿Habla inglés? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
<b>Nacionalidad:</b>	<b>Estatus migratorio:</b>			
<b>Dirección física actual:</b>				
<b>Dirección postal (Si es seguro contactarle):</b>				
Brinde números telefónicos a los que sea seguro contactarle (Si un horario en particular contribuye a que sea más seguro, indique)				
Escriba aquí información adicional específica para contactarle de forma segura:				
<b>Teléfono residencial:</b> Horario a contactar: ____: ____ (    ) ____-____	<b>Celular:</b> Horario a contactar: ____: ____ (    ) ____-____	<b>Teléfono de trabajo:</b> Horario : ____: ____ (    ) ____-____	<b>Teléfono de algún otro contacto:</b> Horario a contactar: ____: ____ (    ) ____-____	
Hijas (os) y/o dependientes que viven con la persona referida:				
<b>Nombre</b>	<b>Edad</b>	<b>Sexo</b>	<b>Relación</b>	<b>¿Está en escuela o cuidado?</b>

<b>Educación:</b> (No se considera para determinar elegibilidad)		<b>¿Hasta qué grado o nivel estudió?</b> (No se considera para determinar elegibilidad)	
<b>Ingreso mensual: \$</b>		<b>Fuentes:</b>	
<b>Procesos legales activos</b> (marque las que apliquen) (No se considera para determinar elegibilidad)	<input type="checkbox"/> Ley 54, <input type="checkbox"/> Pensión Alimentaria, <input type="checkbox"/> Divorcio	<input type="checkbox"/> Custodia, <input type="checkbox"/> División de bienes gananciales	
	<input type="checkbox"/> Relaciones Paterno-Filiales		
Impresión de la profesional que refiere en cuanto al estado actual de la participante y su capacidad para ingresar y mantenerse en nuestro proyecto:			
Necesidades médicas especiales de la participante y de sus hijos/as:			
¿Tiene plan médico?			
Servicios que continuará recibiendo en la ONG (Si continuará recibéndolos) Nota: Este no es un criterio para la determinación de elegibilidad) (especifique número de sesiones pendientes y fechas aproximadas o tiempo)			

El material antes expuesto, constituye información sensible, que de no ser manejada adecuadamente, podría poner en riesgo la seguridad de candidatxs. Cada profesional que nos refiera, deberá adoptar medidas que salvaguarden la confidencialidad. Recomendamos que se nos haga llegar personalmente, o en caso de envío mediante correo electrónico, el archivo deberá estar cifrado por combinaciones alfanuméricas.

Fecha de referido: \_\_\_\_\_

Firma de profesional que refiere: \_\_\_\_\_

Puesto: \_\_\_\_\_

Firma de Director/a o Coordinador/a de Agencia que refiere: \_\_\_\_\_



## Solicitud de Ingreso a Gaia Programa de Vivienda Permanente (HUD)

Información de Contacto de Persona que solicita: (COMPLETAR EN LETRA DE MOLDE)

<b>Nombre:</b>				
Fecha de nacimiento:	Lugar de nacimiento:	<b>Estado civil:</b>	Casada/o [ ]	Soltera/o [ ]
Día / Mes / Año _____ / _____ / _____	_____ pueblo, país	Otra:	¿Habla inglés? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Nacionalidad:			Estatus migratorio:	
Dirección física:				
Dirección postal:				
<b>Datos para contactarle de forma segura:</b>	Teléfono1:	Teléfono de trabajo:	Teléfono y nombre de algún otro contacto seguro:	
	Teléfono2:	Correo electrónico 1:	Palabra clave para saber que es usted quien contesta o es el momento apropiado para hablar:	
	Teléfono3:	Correo electrónico 2:		
<b>Hijas (os) y/o dependientes que viven con usted:</b>				
Nombre	Edad	Sexo	Relación	¿Está en escuela o cuidado?
Persona sin Hogar o en riesgo inminente de perderlo tras experimentar violencia doméstica (género) VAWA	Persona con Sin Hogarismo Crónico. (Viviendo sin un techo por más de 12 meses) Ejemplos: bajo un puente, un auto, un parque.	Posee usted o sus hijos alguna condición de salud física, mental o emocional que requiera acomodo razonable?		Salud física _____ Salud Mental _____ Emocional _____
Sí _____ No _____	Sí _____ No _____	Sí _____ No _____		
<b>Alguna persona le ayudó a completar la solicitud:</b>			Sí _____. No _____.	
<b>Nombre de la persona que ayudó:</b>				
<b>Agencia:</b>				

Firma de profesional que recibe la solicitud: \_\_\_\_\_

Fecha de solicitud: \_\_\_\_\_ Fecha de recibida en Matria: \_\_\_\_\_

Firma de persona que solicita: \_\_\_\_\_



## Entry Application to Gaia Permanent Housing Program (HUD)

### Contact Information of Person requesting

<b>Name:</b>				
Date of birth: _____/_____/_____ Month Day Year	Place of birth: _____ town, country	<b>Civil Status</b>	Married [ ]	Single [ ]
Other:			¿Speak Spanish? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	
Nationality:			Migration status:	
Physical address:				
Postal Address:				
<b>Information to contact you safely:</b>	Phone 1:	Work phone:	Phone and name of some other secure contact:	
	Phone 2:	Email Address 1:	Any key phrase to know when it's you that answers the phone and is safe to speak:	
	Phone 3:	Email Address 2:		
<b>Minors and/or dependents that live with you</b>				
Name	Age	Sex	Relationship	Are you in school or care?
Are you homeless or in imminent risk of losing your home after experiencing domestic violence (gender) VAWA	Are you Chronically Homeless? (Living without a roof for more than 12 months) Examples: under a bridge, a car, a park, etc.	Do you or your children have any physical, mental or emotional health conditions that require reasonable accommodation?	Physical Health _____	
Yes _____ No _____	Yes _____ No _____	Yes _____ No _____	Mental health _____	
			Emotional _____	
<b>Did someone help you complete this application?:</b>			Yes _____ No _____	
<b>Name of the person who helped:</b>				
<b>Agency:</b>				

Signature of applicant: \_\_\_\_\_

Application date: \_\_\_\_\_ Date received in Matria: \_\_\_\_\_

Signature of person requesting this application: \_\_\_\_\_



**Proyecto Matria, Inc.  
Disability Verification**

Date:

Name and title of person who will be verifying disability:

Organization and / or person requesting this information:

**To protect confidentiality we would appreciate returning this form only to the organization or person requesting it.**

The person below has requested housing assistance through a program funded by the United States Department of Housing and Urban Development (HUD). HUD requires that a health professional certify the truthfulness of the disability of the person requesting. We request your cooperation by completing and returning this questionnaire as soon as possible. This person has authorized and consented to you completing this questionnaire.

Name of the disabled person:

Address and telephone number of the disabled person:

**Information Relay**

*I \_\_\_\_\_ authorize the disclosure of the information required on this form. The information acquired under this disclosure is limited to last year. It may be used by authorized personnel of Proyecto Matria, Inc for the purpose of screening and evaluation for its permanent housing program.*

\_\_\_\_\_  
\_ Signature and date

## **Information Required**

Mark with an X the premises that apply and / or that accurately describe the characteristics of the person for whom this application is completed.

1. \_\_\_\_ Yes \_\_\_\_ No                      It has a disability, as defined in 42 U.S.C. 423, what you mean:
- a. *Inability to engage in paid activities because of a medical condition (physical or mental) that may result in the death of that person; that lasted more than 12 months and that the expectation be that it lasts for a continuous and indeterminate period of not less than one year.*
  - b. *In the case of a person who has turned 55, is blind and because of that blindness is unable to engage in paid activities that require skills or abilities comparable to those he applied regularly and for a substantial period of time when he could get involved in activities.*
- For the purpose of this definition, the term blindness, as defined in section 416 (i) (1) of this title.*
2. \_\_\_\_ Yes \_\_\_\_ No                      Person have a physical, mental or emotional impairment that:
- a. *It is expected to be long-term or indefinite;*
  - b. *It substantially prevents this person's ability to live independently; Y*
  - c. *Its nature is such that the person's ability to live independently could substantially improve if he had access to adequate housing conditions.*
3. \_\_\_\_ Yes \_\_\_\_ No                      It has a developmental disability as defined in Section 102 (7) of the Developmental Disabilities Assistance and Bill of Rights 42 U.S.C. 6001 (8)), i.e., a person who has a severe and chronic disability who:
- a. *It can be attributed to a physical or mental disability or a combination of physical or mental disabilities;*
  - b. *It manifests before the person turns 22;*
  - c. *It is likely to continue indefinitely;*
  - d. *It results in a substantial limitation of the ability to function in three or more of the following areas of greatest activity:*
    - (1) Self-care,
    - (2) Expressive and receptive language,
    - (3) Learning,
    - (4) Mobility,
    - (5) Self-Direction,
    - (6) Ability to live independently,
    - (7) Economic self-sufficiency;
  - e. *It reflects the need of the person for an interdisciplinary sequence and combination of treatment, generic care or other services that are for life or that have an extended period of time and that are planned and coordinated individually.*
4. \_\_\_\_ Yes \_\_\_\_ No    The incapacity of the person for whom this verification is requested is based ONLY on the dependence on the use of alcohol or other substances and    does not have any other disability that meets the definitions offered above.

**I certify that the information provided above is true to the best of my knowledge.**

\_\_\_\_\_  
*Name and title of the person  
Agency  
who completed this form.*

\_\_\_\_\_  
*Organization or*

\_\_\_\_\_  
*Signature*

\_\_\_\_\_  
*Date*

\_\_\_\_\_  
*License number*