# **CERTIFICACIÓN DE PERSONA SIN HOGAR**

(Verificación de Elegibilidad)

|  |  |
| --- | --- |
| Nombre del Participante |  |
| Número de Solicitud |  | HMIS Pin # |  |
| Ingreso de Participante |  |
| Fuente de Ingresos |  |

[ ]  Hogar **sin** dependientes menores de edad (complete una forma para cada adulto en el hogar)

[ ]  Hogar **con** dependientes menores de edad (complete una forma por hogar)

Número de personas en el hogar: Adultos \_\_\_\_\_ Menores \_\_\_\_

**Por este medio certificamos que el individuo o familia indicada se encuentra sin hogar y tiene las condiciones descritas a continuación.**

Seleccione Solamente una Alternativa

**Condición: Carece de una residencia fija, regular y adecuada para pasar la noche.**

[ ]  Se encuentran viviendo en lugar no apto para la habitación humana (Ej., carros, parques, edificios abandonados, calle o aceras. **Descripción breve de condición actual**:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Condición: Vive en un albergue de emergencia**

[ ]  Viven en estos momentos en nuestro albergue de emergencia.

**Condición: La persona se encuentra en una vivienda transitoria**

[ ]  Viven en estos momentos en un programa de vivienda transicional para personas sin hogar. La(s) persona(s) cumplió con los requisitos del programa y con el término permitido, y estarán abandonando las facilidades próximamente.

Antes de residir en nuestro proyecto la persona arriba indicada residía en:

[ ]  Albergue de emergencia [ ]  un lugar no apto para la habitación humana

**Condición: La persona salió de una institución**

[ ]  La persona indica fue [ ] Dada de Alta, [ ] Liberada de nuestra institución. Esta persona estuvo internada desde el \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ hasta \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

|  |  |
| --- | --- |
| Nombre de Entidad | Teléfono |

Firma: Manejador de Casos o Persona Autoriada \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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