

Necesidades de documentación, para la participación en el programa

- **Foto Identificación para todo adultos**
- **Tarjeta de Seguro Social para todo adultos**
- **Prueba de ciudadanía**
 - Certificado de Nacimiento
 - Pasaporte
 - Tarjeta tribal nativa Americana
 - Certificado de naturalización
 - Certificado de ciudadanía
- **Prueba de estatus legal de extranjero calificado**
- **Prueba de residencia en Delaware**
 - Licencia de conducir de Delaware actual
 - Identificación con foto actual
 - Estado hipotecario/arrendamiento/factura de servicios/publicas/factura de cable/estado bancario con dirección de Delaware
- **Valores de ingreso fijo**
 - Seguro social, SSI, o cara de concesión de benefició de veteranos o estado bancario enseñando su depósito directo
 - Prueba de pensión
- **Ingreso de empleo (Cualquiera de los siguientes)**
 - Talones de pago que muestran los últimas 12 semanas o talón de pago actual
 - Comprobante de declaración de impuestos por cuenta propia
- **Prueba de compensación par desempleo o pago de manutención de los hijas**
- **Prueba de ayuda temporera para familias necesitadas o asistencia general**
 - Copia del cheque, carta de aceptación de cupones
- **Factura de gas natural, propano y/o electricidad con dirección actual y número de cuenta**

- **Prueba de propietario de hogar**
 - Escritura de hipoteca
- **Prueba de contrato de renta**
 - Prueba actual de contrato con firmas, dirección, servicios publicas
- **Verificación de subsidiario con certificación de cantidad pagada**
- **Verificación del dueño de la propiedad si no existe un contrato firmado**
- **Formas de necesidades físicas**
 - Completar formas incluidas

Section 1 - Completed by Client

Nombre de pila:		MI:	Apellido:		Fecha:	
Direccion:		Apt. #:	Ciudad:	Estado:	Código Postal:	
Teléfono#:	Email:		Total de miembros del hogar:		Usted alquila o es dueño de su casa:	

Complete esta sección para todos los miembros del hogar:

Nombre del miembro del hogar	Relación	Ingresos Anuales	Tipo de Ingreso	Fecha de Nacimiento	Número de seguro social	M/F	Raza**	Hispano Y / N	Veterano Y / N	Discapacidad Y / N	Ciudadano Y / N
	SELF										

Fuente de ingresos: [para cada miembro del hogar] Empleo, compensación por desempleo, TANF, pensión, SSA, SSI, SSDI, apoyo familiar, sin ingresos, administrador de veteranos, otros

** Raza: [para cada miembro del hogar] Blanco, Negro / Afroamericano, Asiático, Indio AM / Alaska, Nativo Hawaiano / Otro Isleño Pac, Indio AM / Nativo de Alaska y Blanco AM indio / nativo de Alaska y negro, asiático y blanco, blanco y negro, otro, sin respuesta

Section 2 - Completed by Catholic Charities Case Manager

Client Meeting Site: Main Office/Mobile Office	Case Manager:	AMI %:
--	---------------	--------

Utility	Arrearage Amount	Shut Off Notice Date	Main Heat Y N	Account Number
Electric				
Gas				
Water				
Oil				

Client Services to bill: Intake Budget Counseling Energy Counseling DESEU Program Referral

 Energy Advocacy LIHEAP Referral Other Energy Program Referral Energy Workshop

Thrift Services Voucher Food Program Referral Diaper Bank Referral SNAP Education

Section 3 - Completed by Catholic Charities Case Staff

Data Entry Staff: _____ Date: _____

Liberación de información

Sistema de información de gestión comunitaria de Delaware

Liberación de información

Fecha:

Nombre:

Nombre de agencia: Catholic Charities

Información de contexto:

El Sistema de Información de Gestión Comunitaria de Delaware (DE-CMIS) es un sistema informático que utilizado para recopilar y compartir información sobre personas sin hogar en Delaware. La información recopilada por DE-CMIS ayuda a las agencias a planificar y brindar servicios que ayudan a las personas sin hogar o en riesgo de falta de vivienda. Al compartir información entre sí, las agencias DE-CMIS pueden optimizar el servicio entrega mediante servicios de seguimiento y referencias proporcionadas a la persona a la que sirven. La agencia nombrada arriba participa en DE-CMIS.

Información de consentimiento:

- Esta agencia nunca brindará información sobre una persona a nadie fuera de este sistema sin el consentimiento por escrito de la persona o según lo requiera la ley mediante una orden judicial.
- De acuerdo con la información médica de la ley federal y estatal, como afecciones de salud mental, El estado del VIH y el tratamiento por abuso de sustancias no se compartirán.

Solo los miembros del personal de la agencia que hayan firmado la POLÍTICA DE USUARIO, CÓDIGO DE ÉTICA Y RESPONSABILIDAD

Se permitirá que STATEMENT inicie sesión en el sistema DE-CMIS.

- Tengo derecho a ver mi registro DE-CMIS, solicitar cambios y tener una copia de mi registro de esta agencia previa solicitud por escrito. Tengo derecho a rechazar que se comparta mi información marcando “negarse a compartir información” al final de este formulario.
- Tengo derecho a retirar mi consentimiento informando a la agencia por escrito. Entiendo que retirar mi consentimiento no cambiará la información que ya se ha dado o las acciones ya apartadas.

Con este consentimiento por escrito, las agencias que forman parte de DE CMIS pueden compartir y actualizar la información sobre mí y otros miembros de mi hogar, como:

BÁSICO

CATHOLIC CHARITIES, INC.

YO, _____
(Nombre de la Clienta)

Autorizado _____
(Nombre o designación general del programa que realiza la divulgación)

Para revelar a _____
(Nombre de la persona u organización a la que se hará la divulgación)

la siguiente información _____
(Naturaleza de la información, lo más limitada posible)

El propósito de la divulgación aquí autorizada es: _____
(Propósito de la divulgación, lo más específico posible)

Entiendo que mis registros están protegidos por las regulaciones federales que rigen la confidencialidad de acuerdo con la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico de 1996, 45CFR, 160 y 164 y para Registros de Pacientes por Abuso de Alcohol y Drogas 42 CFR Parte 2 y no se puede divulgar sin mi consentimiento a menos que se disponga lo contrario en las regulaciones. Además, yo entiendo que el destinatario de la información puede volver a divulgar la información y puede que ya no esté protegida por el Ley de privacidad HIPAA. También entiendo que puedo revocar este consentimiento en cualquier momento por escrito, excepto en la medida en que esa acción haya se ha tomado en base a él y que, en cualquier caso, este consentimiento expira automáticamente de la siguiente manera:

(Especificación de la fecha, evento o condición en la que expira este consentimiento)

Este aviso acompaña a una divulgación de información sobre un cliente en tratamiento por abuso de alcohol / drogas que se leconsentimiento de dicho cliente. Esta información le ha sido revelada a partir de registros protegidos por las reglas federales de confidencialidad (42 CFRParte 2). Las reglas federales le prohíben hacer más divulgaciones de esta información a menos que se indique expresamente permitido por el consentimiento por escrito de la persona a quien pertenece o según lo permita el 42 CFR Parte 2. Una descripción genera la autorización para la divulgación de información médica o de otro tipo NO es suficiente para este propósito. Las reglas federales restringen cualquier usa de la información para investigar o procesar penalmente a cualquier paciente por abuso de alcohol o drogas.

Firma del cliente: _____ Fecha Efectivo: _____

Testigo: _____ Fecha Efectivo: _____

Firma del Padre / Tutor: _____ Fecha Efectivo: _____

**Guarde este documento con su apellido seguido
por las letras [BN] y envíelo por correo electrónico a basicneeds@ccwilm.org**