



NWHS HOST Program Aplicacion para el Programa de Vivienda Transitoria

Fecha: _____

INFORMACIÓN IDENTIFICABLE:

Nombre: _____

Apodo de preferencia: _____

Fecha de Nacimiento: _____

Edad actual: _____

Domicilio: _____

Cdad/ Est/ C.P.: _____

Número Telefónico

Numero de Buzón de Voz: _____

Primario: _____

Numero de Mensaje
de Texto: _____

Correo electrónico (Email): _____

Cuál es la mejor forma de comunicarnos con
usted en cuanto este formulario:
donde dormiste anoche _____

La información enseguida es *opcional*:

Generó de Nacimiento

- Masculino
- Femenino

Generó de

- Identidad:**
- Masculino
 - Femenino
 - Femenino

- Masculino a Femenino
- Femenino a Masculino
- Otro

- Generó Queer
- Prefiero no contestar

**Pronombre de
Preferencia:**

(Ella, El, Ellos/Ellas
Les/Los/Las, etc.)

SISTEMA DE APOYO *Ejemplos: Hermanos(as), Amistades, consejeros, maestros(as), novio/novia, pareja, esposo(a)*

Nombre: _____ Relación: _____

Nombre: _____ Relación: _____

Nombre: _____ Relación: _____

TIPOS DE IDENTIFICACIÓN: *Marque la casilla de identificación. Que actualmente posee*

- Licencia de Manejar(No Vencida) Estado donde se otorgó la Identificación (no vencida)
- Tarjeta de Seguro Social Acta de Nacimiento (Copia Oficial) Pasaporte (no vencido)
- Otro: _____



NWHS HOST Program Aplicacion para el Programa de Vivienda Transitoria

EMPLEO: Marque toda casilla que aplique

Actualmente Empleado ¿Donde? _____ ¿Por cuánto tiempo? _____

Número de horas de trabajo por semana (Rango en general): _____

No Empleado Actualmente

Buscando Trabajo

No estoy buscando trabajo actualmente. ¿Porque?: _____

HISTORIAL DE EMPLEO:

Puesto de trabajo	Empleador	Fechas/Duración del Empleo	Salario	Porque
dejo el trabajo?				
1.	_____	_____	_____	_____
2.	_____	_____	_____	_____
3.	_____	_____	_____	_____
4.	_____	_____	_____	_____

LEGAL: Marque todas las casillas que apliquen

Arrestado, acusado de un crimen, o has estado encarcelado en los últimos 90 días

Crimen(es) involucrando a un menor de edad Crimen(es) involucrado Incendio

Crimen(es) de delitos sexuales Orden judicial vigente Debe dinero o multas

Tiene un oficial de libertad condicional Pagando actualmente las multas

Se reúne generalmente con el oficial de libertad condicional

HOST ha recibido autorización por escrito (ROI o sus siglas en ingles) para hablar con el oficial de libertad condicional

Lista de todas las condenas criminales juveniles y de adulto o cargos recientes con dictamen pendiente:

EDUCACIÓN: Marque todas las que casillas que apliquen

Actualmente en la escuela

Nombre de la Escuela: _____

Quiero atender a la escuela

Obtuve Pruebas de Desarrollo Educativo General (GED por sus siglas en inglés) o diploma

Quiero obtener un GED/diploma

Estuve en un Programa de Educación Individualizado (IEP por sus siglas en ingles) en la preparatoria y/o me gradué con un diploma modificado

Educación Curricular en el Hogar (Homeschooled)

DROGODEPENDENCIA Y ADDICCIÓN Marque todas las que apliquen

Substancia/uso de droga (uso dentro los últimos 30 días), incluyendo alcohol y cannabis

Substancia de preferencia/droga(s): _____

¿Con que frecuencia/qué tan seguido? _____

Substancias/droga(s) consumidas(uso) en las últimas dos semanas: _____

Historial de sustancias/uso de droga

Lista de las sustancias/drogas: _____

¿Qué substancia/droga uso más: _____

¿Por cuánto tiempo? _____ ¿Qué tan frecuente/qué tan seguido? _____

Por lo menos sobrio por 60 días de alcohol, medicamentos no prescritos y/o drogas federalmente ilegales, incluyendo cannabis.

Actualmente recibo apoyo para la drogodependencia (i.e. paciente cuidado ambulatorio, grupos/Juntas)

¿De quién? _____ ¿Por cuánto tiempo? _____

¿Con qué frecuencia? _____

Interesado(a) en recibir apoyo para la drogodependencia

MEDICAL: Marque todas las que apliquen

Seguro Médico Actual (i.e. OHP)

Paciente actual en una clínica de salud

Nombre de la clínica: _____

fecha de la última visita médica: _____

Diagnosticado(a) con enfermedades crónicas (*ejemplos: diabetes, asma, enfermedad del corazón o riñón*)

Lista de todas las condiciones de salud y la edad en la que se le diagnosticó cada diagnostico

(aproximadamente cuando):

Otras preocupaciones medicas actuales

Explique: _____

SALUD MENTAL: Marque todos los que apliquen

Problemas de Salud Mental hacen que sus funciones diarias sean difíciles más días que menos días

Recibió un diagnóstico de salud mental por un profesional calificado anteriormente

Listado de todos sus diagnósticos de salud mental y la edad de cada diagnostico (aproximadamente cuando): _____

Interesado(a) en asesoría para trastorno de salud mental por un profesional calificado

Actualmente está tomando medicamento recetado para problemas de salud mental

Lista de los medicamentos:

Interesado en tomar medicamento para problemas de salud mental

Seguimiento regular con un consejero/profesional de salud mental

Nombre de la Clínica de Salud Mental o Consejero/Profesional: _____

Interesado en ver a un consejero/profesional de salud mental



NWHS HOST Program Aplicacion para el Programa de Vivienda Transitoria

MISCELANEO: *Maque las casillas que apliquen*

- Interesado(a) en obtener cédula de identidad
- Interesado(a) en obtener licencia de manejar
- Interesado(a) en abrir una cuenta de banco
- Actualmente poseo mi propio vehículo
 - ¿Es el vehículo: operable asegurado registrado a tu nombre
- Actualmente utilizo/dependo en transporte público
- Interesado en más información sobre cómo utilizar el transporte público
- Interesado en obtener teléfono celular que recibe llamadas
- ¿Actualmente o anteriormente bajo custodia del DHS?

Nombre del asistente social: _____ condado: _____

PORQUE ESTOY AQUI Y QUE PIENSO QUE NECESITO:

¿Porque está aplicando para **HOST Transitional Living Program (TLP)**? ¿Cómo le ayudaría este tipo de programa?

¿Cómo le gustaría que se viera su vida de aquí a un año y como hará para que así sea?

¿En qué le puede ayudar específicamente el programa y/o el personal?

Clasifíquese así mismo en las siguientes habilidades
 (1=Bajo/Necesito Ayuda; 5=genial/no necesito ayuda)

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Despertarse cuando es tiempo de levantarse | <input type="checkbox"/> Comprar ropa |
| <input type="checkbox"/> Hacer los quehaceres de la casa | <input type="checkbox"/> Encontrar trabajo |
| <input type="checkbox"/> Mantener su espacio personal limpio | <input type="checkbox"/> Mantener un trabajo |
| <input type="checkbox"/> Cuidar su higiene personal | <input type="checkbox"/> Seguir un horario |
| <input type="checkbox"/> Tomar el medicamento como ha sido recetado | <input type="checkbox"/> Utilizar una agenda |
| <input type="checkbox"/> Lavar y secar la ropa | <input type="checkbox"/> Seguir un presupuesto |
| <input type="checkbox"/> Doblar y guardar la ropa | <input type="checkbox"/> Gastar el dinero sabiamente |
| <input type="checkbox"/> Ser puntual | <input type="checkbox"/> Utilizar una computadora para buscar trabajo, vivienda, y otra información importante |
| <input type="checkbox"/> surtir el mandado (compra de alimentos) | |
| <input type="checkbox"/> Preparar una comida balanceada | |

Utilizando la misma escala, clasifique como se lleva con las siguientes personas:

Sus iguales: _____ | Consejeros: _____ Maestros: _____ Jefes: _____
 Compañeros de trabajo: _____ Compañeros de cuarto: _____

Yo, el abajo firmante entiendo que la información se considerara para ser aceptado(a) en HOST Transitional Living Program. Entiendo que TLP es un programa multifásico que requiere participación activa para permanecer en el programa. También entiendo que esta es solo UNA parte del proceso de la aplicación. La aprobación definitiva para entrar al programa se basa solamente en las decisiones del EQUIPO DE PERSONLA y del Programa de HOST TLP.

 Firma del Candidato Fecha

Regrese la aplicación ya completada a alguien del personal del programa



AUTORIZACIÓN PARA OBTENER UN REPORTE DE CONSUMIDOR

CONFROME A 15 U.S.C. 1681b(b)(2)(B).

Autorizo a que Northwest Human Services obtenga el reporte de consumidor para empleo y o para propósitos de arrendatario. Entiendo que la indagación puede incluir, pero no es limitada a: expediente criminal, registros de vehículos, verificación de domicilio, registros judiciales civiles, referencias personales o profesionales, verificación de seguro social, verificación de educación y copias de expedientes de personal previos. La indagación se puede hacer como parte del proceso de evaluación de pre-empleo como también en cualquier tiempo durante el curso de empleo con la compañía. No será necesario un aviso adicional o autorización para investigaciones en el futuro y para obtener reportes de consumidor adicionales.

Por favor complete la siguiente información.

Nombre Actual (Como aparece en su identificación/Seguro Social u otra identificación oficial)

Nombre: _____ Segundo Nombre: _____ Apellido: _____

Nombre de soltero(a) u otro nombre(s) que ha usado en otros registros de nacimiento o registros de residencia:

Nombre: _____ Segundo Nombre: _____ Apellido: _____

Nombre: _____ Segundo Nombre: _____ Apellido: _____

Dirección actual: _____
Ciudad, Estado, _____
Código postal: _____

Seguro Social #: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Licencia de Manejar #: _____ Estado de expedición: _____

Por favor apunte todas las direcciones de los últimos 7 años, si necesita espacio adicional apúntelo atrás de este formulario.

Dirección (Domicilio)	Ciudad	Estado	Código Postal

Esta autorización y divulgación está conforme a la Ley de Informe de Justo Crédito, 15 U.S.C. 1681b(b)(2)(B). Nota: La Ley de Informe de Justo Crédito (The FCRA por sus siglas en inglés) requiere que el consumidor autoriza por avanzado la adquisición del reporte del consumidor para propósitos de empleo. Al firmar abajo, usted autoriza que NWHS a ejecutar el reporte de consumidor.

Firma _____ Fecha _____

El propósito de pedir la fecha de nacimiento y el número de seguro social está limitado a medio del solo propósito de identificación al conducir una constatación de referencias. Northwest Human Services reconoce y obedece la Ley de Discriminación por la Edad en el Empleo (ADEA por sus siglas en inglés) como también las leyes estatales y locales de Comisión para la Igualdad de Oportunidades en el Empleo (EEOC por sus siglas en ingles). "La Ley de Discriminación por la Edad en el Empleo de 1967, prohíbe la discriminación basada en la edad con respecto a personas mayores de 40 años".