

## **Aplicación De Mochilas para niños**

Fecha de Aplicación: \_\_\_\_\_

Registración de Mochilas Para los niños inicia Junio 1, 2022.

Aplicaciones se cerrarán cuando alcancemos 500 aplicaciones aceptadas.

### **Documentos requeridos por hogar para verificar domicilio y cantidad de niños.**

- Identificación de padres/guardián: ID valida del estado
- Prueba de domicilio de Las Vegas/North Las Vegas (con fecha de los últimos 60 días) arrendamiento, factura, SNRHA o confirmación del departamento de asistencia pública.
- Verificación de depende (uno de la siguiente lista de depende con nombre y fecha de nacimiento): arrendamiento, SNHRA o confirmación del departamento de asistencia pública, seguridad médica o registración escolar.

### **Información de padre de familia**

1. Nombre completo de padre/guardián:
2. Fecha de nacimiento del padre/guardián:
3. Últimos cuatro números del seguro social de padre de familia:
4. Genero del padre (masculino, Femenino, transgénero masculino, transgénero femenino, genero no conforme, genero Indeciso):
5. Raza (indio americano o nativo de Alaska, negro o africano americano, nativo hawaiano u otro Isleño del pacifico, Blanco):
6. Identidad (¿el padre se identifica como Hispano/Latino?) si o no:
7. ¿Veterano? sí o no:
8. Número de teléfono del padre o guardián:

9. Domicilio:

10. Correo electrónico (será utilizado para comunicación, por favor proveer correo electrónico que revisa regularmente):

11. Por favor de listar otros adultos en el hogar (nombre completo y fecha de nacimiento):

**Lista de todos los niños de Kínder a grado 12 que desea registrar.**

**Niño/Niña #1:**

Nombre completo:

Fecha de nacimiento:

Genero:

Los últimos cuatro dígitos del seguro social:

Raza:

Identidad (¿Hispano/latino?):

Grado:

Colores favoritos/personajes:

Relación con el padre de familia:

**Niño/Niña #2:**

Nombre completo:

Fecha de nacimiento:

Genero:

Los últimos cuatro dígitos del seguro social:

Raza:

Identidad (¿Hispano/latino?):

Grado:

Colores favoritos/personajes:

Relación con el padre de familia:

**Niño/Niña #3:**

Nombre completo:

Fecha de nacimiento:

Genero:

Los últimos cuatro dígitos del seguro social:

Raza:

Identidad (¿Hispano/latino?):

Grado:

Colores favoritos/personajes:

Relación con el padre de familia:

**Niño/Niña #4:**

Nombre completo:

Fecha de nacimiento:

Genero:

Los últimos cuatro dígitos del seguro social:

Raza:

Identidad (¿Hispano/latino?):

Grado:

Colores favoritos/personajes:

Relación con el padre de familia:

**Niño/Niña #5:**

Nombre completo:

Fecha de nacimiento:

Genero:

Los últimos cuatro dígitos del seguro social:

Raza:

Identidad (¿Hispano/latino?):

Grado:

Colores favoritos/personajes:

Relación con el padre de familia:

**Niño/Niña #6:**

Nombre completo:

Fecha de nacimiento:

Genero:

Los últimos cuatro dígitos del seguro social:

Raza:

Identidad (¿Hispano/latino?):

Grado:

Colores favoritos/personajes:

Relación con el padre de familia:

**Una vez completa la aplicación, guarde en su computadora y mande la aplicación por correo electrónico de [LVfamilyservices@usw.salvationarmy.org](mailto:LVfamilyservices@usw.salvationarmy.org). Por favor de adjuntar el asunto del correo electrónico como "Backpacks 2022". Por favor incluir los documentos requeridos al principio de la aplicación junto con el paquete de Clarity a la entrega de la aplicación.**



## **HMIS PREGUNTAS DE INSCRIPCION**

### **SITUACION DE VIDA ACTUAL**

Tipo de residencia:

Cuanto tiempo tiene viviendo en esta situación:

### **CONDICION INCAPACITANTE Y BARRERAS (PORFAVOR CONTESTE POR USTED Y SUS HIJOS)**

Condición de inhabilitación:

Discapacidad física

Problemas de desarrollo:

Condición crónica:

Sida:

Problemas mentales

Trastorno por consumo de sustancias:

Violencia domestica Victima/Sobreviviente:

### **INGRESOS MENSUALES Y FUENTES**

Ingresos de cualquier Fuente:

## **BENEFICIOS NO MONETARIOS (PARA USTES E HIJOS)**

Recibiendo beneficios no monetarios:

## **SEGURO DE SALUD (PARA USTED E HIJOS)**

Cubierto por un seguro de salud:

## **INFORMACION ADICIONAL**

Orientación Sexual:

## **EDUCACION (PADRES E HIJOS)**

Actualmente matriculado en la escuela (por favor de nombrar la escuela donde su hijo va atender)

Nivel más alto escolar completada (padres e hijos):

## **Sistema de Información para Desamparados Sin Hogar Consentimiento del Cliente para coleccionar datos y diseminar la información coleccionada**

La participación en la colección de datos y diseminar la información coleccionada, aunque opcional, es un componente crítico de la capacidad de nuestra comunidad de proporcionar los servicios más efectivos y la mejor vivienda posible. Este Consentimiento del Cliente describen cómo información sobre usted puede ser utilizada y puede ser revelada y cómo usted puede conseguir acceso a esta información. Revíselo por favor con cuidado. Si usted tiene cualquier pregunta o si desea más información, con respecto a esta forma, contacte por favor a su trabajador o proveedor, \_\_\_\_\_ at \_\_\_\_\_.

La información que es coleccionada en la base de datos de HMIS es protegida por acceso limitando a la base de datos y tan bien se limita con quien la información puede ser compartida, en conformidad con los estándares expuso por las leyes federales, estatales, y regulaciones locales que gobiernan la confidencialidad de registros del cliente. Cada persona y la agencia que esta autorizada a leer o entrar información en la base de datos ha firmado un acuerdo para mantener la seguridad y la confidencialidad de la información. Cualquier persona o la agencia que sea encontrada de violar el acuerdo puede tener sus derechos de acceso terminado y puede ser susceptible a penalidades adicionales.

### **AL FIRMAR ESTA FORMA, YO AUTORIZO LO SIGUIENTE:**

Autorizo las agencias asociadas y a sus representantes que compartan información básica con respecto a mi familia y a mi. Comprendo que esta información es coleccionada para el propósito de valorar nuestras necesidades para albergar personas sin hogar, ayuda de utilidades, provenir alimentos, consejeros yo otros servicios.

La información puede consistir en el PIP siguiente (Protección de Información Personal):

- Información de identificación (nombre, fecha de nacimiento, sexo, raza, número de seguro social, información residencial, número de teléfono, imagen fotografía, etc, y lo mismo para cada miembro del hogar)
- Información Financiera (estatus de empleo, comprobación de ingresos, pagos deayuda estatal y concesiones, cupón de alimentos, etc.)

### **YO COMPRENDO QUE:**

- El uso de mi imagen en una fotografía será visible para otros organismos asociados y puede ser recortado o editado, según sea necesario. Renuncio el derecho de aprobar o inspeccionar la fotografía final.
- La información que dan sobre los principales problemas de salud física o mental, no será compartida con otros organismos asociados de ninguna manera que me identifica.
- Los organismos asociados han firmado acuerdos para el tratamiento de mis datos en un manera profesional y confidencial. Tengo derecho a ver el cliente políticas de confidencialidad utilizadas por los organismos asociados HMIS.
- Los miembros del personal de los organismos asociados que verán mi información han firmado acuerdos para mantener la confidencialidad con respecto a mi información.



- La liberación de mi información no es garantía de que voy a recibir asistencia, y mi negativa a autorizar el uso de la información no se me descalifica recibiendo asistencia.
- Esta autorización permanecerá en efecto hasta que yo la revoque por escrito, y podrá revocar autorización mediante la firma de un cliente de revocación del consentimiento para divulgar información formulario. Si no es revocado anteriormente, este consentimiento se termina automáticamente 5 años a partir hoy.
- Si revoco mi autorización, toda la información acerca de mí ya en la base de datos se mantienen, pero se convertirá en invisible para todas las agencias asociadas.
- Mis expedientes están protegidos por las leyes federales, estatales y locales que rigen confidencialidad de los registros de clientes y no puede ser divulgada sin mi escrito consentimiento a menos que se disponga otra cosa en la normativa.
- Cuentas o patrocinadores que tienen derechos legales para revisar el trabajo de esta agencia, incluyendo los EE.UU. Departamento de Vivienda y Desarrollo Urbano puede ver su información.
- Bitfocus, Inc. funciona HMIS Nevada. Cuando Bitfocus trabaja en el sistema, pueden ver información acerca de usted.
- Las personas que usan información HMIS para escribir informes podrán ver su información. Los investigadores deben firmar un acuerdo para proteger su privacidad antes de ver HMIS datos. Su información privada nunca aparecerá en los informes de investigación.
- Además, entiendo que la participación en la recogida de datos es opcional, y yo Puede optar por no participar.

Agencias Asociadas: Una lista de los organismos asociados del Nevada Homeless Management Information System se pueden ver antes de firmar este formulario en [www.miner-hmis.com](http://www.miner-hmis.com)

\_\_\_\_\_  
Nombre del cliente (imprime por favor)          Firma          Fecha

Agencia Participante:: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Nombre del Personal de la Agencia          Firma del personal de Agencia          Fecha

DISTRIBUCION: La forma original firmada al Archivo del Cliente de la Agencia