

Fecha de  
Admisión/Actualización

Administrador/a de Casos

Nombre del Hogar y número de identificación



## Tri-Lakes Cares Admisión y Evaluación

**Jefe/a de hogar:**

Primer Nombre	Segundo Nombre	Apellido/el Nombre de familia
Sufijo	Número de seguridad social XXX-XX-	Fecha de Nacimiento (MM/FF/AAAA)
Género	Raza	Etnia (Hispánico)
¿Está incapacitado?	Seguro de Salud	Idioma(s)
Estado Civil Divorciado/a Casado/a Soltero/a Conyugal Apartado/a Viudo/a	Estado de Empleo A tiempo parcial De tiempo completo No en la fuerza laboral Desempleados Colegio/Formación profesional Trabajador independiente Otro	Estatus de veterano Servicio active Veterano/a No un/a veterano/a Veterano Retirado Negarse a contestar
Educación Más Alta Completada	Número de Teléfono	Email (el correo electrónico)
Dirección Física		
Dirección de envío		

Fecha de  
Admisión/Actualización

Administrador/a de Casos

Nombre del Hogar y número de identificación



## Tri-Lakes Cares Admisión y Evaluación

### Otros miembros del hogar:

Primer Nombre	Segundo Nombre	Apellido/el Nombre de familia
Número de seguridad social  XXX-XX-	Fecha de Nacimiento (MM/FF/AAAA)	Género
Raza	Etnia (Hispánico)	¿Está incapacitado?
Seguro de Salud	Idioma(s)	Educación Más Alta Completada
Estado Civil  Divorciado/a Casado/a Soltero/a Conyugal Apartado/a Viudo/a	Estado de Empleo  A tiempo parcial De tiempo completo No en la fuerza laboral Desempleados Colegio/Formación profesional Trabajador independiente Otro	Estatus de veterano  Servicio active Veterano/a No un/a veterano/a Veterano Retirado Negarse a contestar
Número de Teléfono	Email (el correo electrónico)	Relación con el jefe de hogar

Página \_\_\_ de \_\_\_

Fecha de  
Admisión/Actualización

Administrador/a de Casos

Nombre del Hogar y número de identificación



## Tri-Lakes Cares Admisión y Evaluación

### Verificación de Ingresos

Nombre: \_\_\_\_\_ ¿Cuántas personas en el hogar? \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

FUENTES DE INGRESOS (ANTES DE IMPUESTOS)	INGRESO PARA TODOS DEL HOGAR				DOCUMENTOS REQUERIDOS
	Semanal	Quincenal	Mensual	Anualmente	
Empleo	\$	\$	\$	\$	Extractos bancarios (2 meses más recientes) Recibos de pago (2 meses más recientes)
Auto-empleo	\$	\$	\$	\$	Extractos bancarios (2 meses más recientes) Estado (s) de pérdidas y ganancias
Beneficios en efectivo de asistencia pública (TANF)	\$	\$	\$	\$	Extractos bancarios (2 meses más recientes) Carta de verificación de los beneficios
Pensión alimenticia / manutención conyugal	\$	\$	\$	\$	Extractos bancarios (2 meses más recientes) Soporte de detalles de orden judicial
Manutención de los hijos	\$	\$	\$	\$	Extractos bancarios (2 meses más recientes) Soporte de detalles de orden judicial
Pensión de retiro	\$	\$	\$	\$	Extractos bancarios (2 meses más recientes) Carta de verificación de los beneficios
Ingresos de alquiler	\$	\$	\$	\$	Extractos bancarios (2 meses más recientes) Estado (s) de pérdidas y ganancias
SSI/SSA/SSDI (Cualquier ingreso del Seguro Social)	\$	\$	\$	\$	Extractos bancarios (2 meses más recientes) Carta de verificación de los beneficios
*Otros ingresos imponibles	\$	\$	\$	\$	Extractos bancarios (2 meses más recientes) Documentación específica de ingresos
Sin ingresos	\$	\$	\$	\$	Extractos bancarios (2 meses más recientes) Declaración jurada de ingresos a cero
<b>TOTALES</b>	\$	\$	\$	\$	

\* Otros ingresos imponibles incluyen Compensación por discapacidad relacionada con el servicio de VA, Sin conexión con el servicio de VA, Pensión por discapacidad, Seguro de discapacidad privado, Compensación al trabajador, Seguro de desempleo, Crédito tributario por ingreso del trabajo

Mi firma indica que he proporcionado una cuenta completa y completa de todos los ingresos actuales de mi hogar. Estoy de acuerdo en informar al administrador de casos asignado dentro de los diez (10) días hábiles de cualquier cambio en el estado financiero o laboral de mi hogar.

Firma

Fecha

Fecha de Admisión/Actualización

Administrador/a de Casos

Nombre del Hogar y número de identificación



## Tri-Lakes Cares Admisión y Evaluación

### Verificación de Ingresos

#### USO EXCLUSIVO DEL PERSONAL DE TLC:

A. **TOTAL** Annual Income for **ALL** Household Members: \_\_\_\_\_

Number of Persons in Household	100% of Federal Poverty Level	200% of Federal Poverty Level
1	\$12,880	\$25,760
2	\$17,420	\$34,840
3	\$21,960	\$43,920
4	\$26,500	\$53,000
5	\$31,040	\$62,080
6	\$35,580	\$71,160
7	\$40,120	\$80,240
8	\$44,660	\$89,320

For families/households with more than 8 persons add \$4,540 per additional person to 100% amounts

#### FPL CALCULATION

Federal Poverty Level Calculation (income/100% FPL amount for household size) Manual calculation

*Example: Income \$50,000, household size is 4.  $50,000 / 26,500 = 188\%$*

B. Is the client CSBG Eligible? (Must be at or below 200% FPL):

YES      NO

C. Record the FPL in the gray box on the front of this form

D. My signature below indicates my completion of the FPL calculation for the client referenced on the front of this form.

Signature

Date

Printed Name

Title

Notes:

Fecha de  
Admisión/Actualización

Administrador/a de Casos

Nombre del Hogar y número de identificación



## COVID-19 Encuesta de Impacto

*Tri-Lakes Cares utiliza una variedad de fuentes de financiación para satisfacer las necesidades de nuestra comunidad de clientes, incluida la financiación específicamente relacionada con el impacto de la pandemia COVID-19. Sus respuestas a esta encuesta no afectarán su elegibilidad para los servicios, pero pueden usarse para ayudar en la asignación de fondos o para fines de informes.*

**Nombre:** \_\_\_\_\_

1. ¿Su hogar ha sido afectado por COVID-19?
  - Sí
  - No
  - Prefiero no responder
  
2. Si es así, ¿cómo? Marque todo lo que corresponda.
  - Despedido / cesante
  - Reducción de horas de trabajo
  - Me enfermé de COVID-19
  - Necesario para cuidar a miembros de la familia enfermos con COVID-19
  - Salí del trabajo al cierre del trabajo o de la guardería
  - Clasificado como una población vulnerable, necesita quedarse en casa / limitar la exposición potencial al COVID-19
  - Otro \_\_\_\_\_

Fecha de Admisión/Actualización

Administrador/a de Casos

Nombre del Hogar y número de identificación

### Tri-Lakes Cares Cuestionario para Clientes Nuevos

En los últimos 12 meses, ¿hubo momentos en que la comida para usted y su familia simplemente no duró y no hubo dinero para comprar más?  SÍ  NO

En los últimos 12 meses, ¿hubo momentos en los que no fue posible elegir una comida saludable porque no había suficiente dinero?  SÍ  NO  N/A

Aproximadamente, ¿cuánto cuesta mantenerlo a usted o a su familia con una vivienda cada mes (alquiler / hipoteca u otro pago acordado)? \_\_\_\_\_

¿Comparte usted el gasto con alguien que no es parte de su hogar?  SÍ  NO

#### ¿Hay algo más que desee discutir con un administrador de casos hoy?

Facturas / problemas médicos

Presupuesto

Gastos de servicios públicos o vivienda

Transporte

Apoyos para jóvenes (útiles escolares, alfabetización, necesidades de salud, etc.)

Empleo

Necesidades para personas mayores (60 años o más)

Necesidades de salud mental

Acceso a recursos para discapacitados

Información general sobre Tri-Lakes Cares

Otro \_\_\_\_\_

#### ¿Qué áreas de tu vida van bien en este momento?

Trabajo

Salud mental

Crianza

Presupuesto

Relaciones familiares o sociales

Aficiones

Transporte

Otro \_\_\_\_\_

Salud

#### En los próximos 6 a 12 meses, ¿qué áreas de su vida espera que sean más fáciles de resolver?

Trabajo

Salud mental

Relaciones familiares o sociales

Presupuesto

Transporte

Costos de comida

Salud

Otro \_\_\_\_\_

## Tri-Lakes Cares Requisitos de Elegibilidad

Tri-Lakes Cares (TLC) requiere que todos los clientes proporcionen los siguientes documentos para completar el proceso de admisión y determinar la elegibilidad para el servicio. TLC requiere que los clientes proporcionen actualizaciones una vez al año y cuando el cliente tenga cambios importantes en el hogar, como un cambio en la composición del hogar o el empleo.

**Identificación:**

- Identificaciones con fotografía de todos los adultos (cualquier persona mayor de 18 años)
- Actas de nacimiento o tarjetas de seguro social para niños en el hogar o
- Identificación de estudiante para jóvenes en la escuela intermedia o secundaria en el hogar

**Residencia:**

- Un contrato de arrendamiento actual, una factura de servicios públicos o un estado de cuenta de la hipoteca del mismo mes que documento dónde vive actualmente el cliente.

**Ingresos:**

- Documentación reflejada en el formulario de verificación de ingresos

**Asistencia Pública:**

- Verificación de la concesión / denegación de asistencia pública como SNAP (Cupones para alimentos), Medicaid, TANF o LEAP

### Notas y / o Solicitudes de Excepción:

---

---

---

---

---

¿Preguntas? Comuníquese con TLC al 719-481-4864 o [intake@tri-lakescares.org](mailto:intake@tri-lakescares.org) para obtener aclaraciones y / o asistencia adicional.

### Divulgación de información de Tri-Lakes Cares

Nombre del solicitante: \_\_\_\_\_

Toda la información y los registros recibidos se mantendrán confidenciales con la agencia y sus organizaciones asociadas.

#### ¿Qué información recopilamos?

La información recopilada puede consistir en el siguiente PPI (información personal protegida):

- Información de identificación (nombre, fecha de nacimiento, sexo, raza, número de seguro social, información residencial, número de teléfono, fotografía, etc., y lo mismo para cada miembro del hogar)
- Información financiera (situación laboral, verificación de ingresos, pagos y asignaciones de asistencia pública, asignaciones de cupones de alimentos, etc.)

#### ¿Cómo se utilizará mi información?

Las estadísticas que obtenemos de la recopilación de datos nos permiten brindar los servicios más efectivos, rastrear el éxito del programa y defender a nuestros clientes. La información que recopilamos también nos permite cumplir con nuestros requisitos legales para las agencias estatales y federales, así como cumplir con nuestras obligaciones de responsabilidad con nuestros patrocinadores.

#### ¿Qué información se comparte y por qué?

Las estadísticas agregadas no identificadas (esto significa estadísticas de grupo donde no se muestran los nombres) se compartirán para producir informes regionales o de financiadores. También compartimos información de identificación básica y financiera limitada sobre clientes y hogares para evitar la duplicación de registros entre agencias. Esto agiliza y coordina los servicios, de modo que pueda evitar ser examinado y contar su historia una y otra vez.

#### Informes obligatorios

Los administradores de casos y el personal de Tri-Lakes Cares son informantes obligatorios en el estado de Colorado y están obligados a realizar un informe si se cree que una persona corre el riesgo de hacerse daño a sí misma o a otra persona. Se puede proporcionar información confidencial a la agencia apropiada (como la policía local o el Departamento de Servicios Humanos) si se comparte información que sugiera que alguien está en peligro.



Fecha de Admisión

Administrador/a de Casos

Nombre del Hogar y número de Identificación

**Al firmar este formulario, entiendo que:**

- Dar mi información no garantiza que recibiré asistencia.
- La información se comparte con el propósito de una mejor coordinación de los servicios y para que esta agencia y sus socios puedan cumplir con los requisitos de presentación de informes de los donantes.
- El personal autorizado que utilice la información de la base de datos para redactar informes puede ver mi información.
- Mi información privada nunca aparecerá en informes de investigación; Cualquier investigador que solicite acceso a la información debe firmar un acuerdo para proteger mi privacidad antes de ver los datos.
- Entiendo que la recepción de servicios se basa en la política de la agencia y los requisitos de ciertas agencias de financiamiento.
- Entiendo que este consentimiento por escrito permite que Tri-Lakes Cares recopile (por escrito o aportes directos), ingrese, vea y actualice información sobre mi familia y sobre mí en el sistema EmpowOR.
- Entiendo que Tri-Lakes Cares y los administradores del sistema EmpowOR nunca darán información que pueda usarse para decir quién soy a nadie fuera de la agencia sin mi consentimiento por escrito o según lo requiera una orden judicial.
- Entiendo que la confidencialidad de mis registros está protegida por ley.
- Entiendo que los administradores de casos y el personal son informantes obligatorios en el estado de Colorado y están obligados a informar cualquier declaración que indique que alguien está en riesgo de, o amenaza con, autolesionarse o dañar a otra persona, a la autoridad apropiada (como la ley local cumplimiento o el Departamento de Servicios Humanos).

Libero a estas personas, agencias o instituciones de toda responsabilidad que pueda resultar de proporcionar dicha información en lo que respecta a mí o a los miembros de mi hogar.

Este consentimiento se otorga solo en relación con su uso para programas en esta agencia y la coordinación con agencias asociadas y para ningún otro propósito.

**Por favor firme que ha leído y comprendido esta información:**

Firma del cliente: \_\_\_\_\_

Nombre en letra de imprenta: \_\_\_\_\_

Fecha de la firma: \_\_\_\_\_

Firma del personal: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

**Declaración de residencia de Tri-Lakes Cares**

Tri-Lakes Cares recibe fondos de subvenciones del gobierno a través del programa Community Services Block Grant (CSBG). Las regulaciones que rigen este programa estipulan que los fondos de CSBG solo pueden usarse para ayudar a los clientes que están legalmente presentes en los Estados Unidos.

***Es elegible para recibir servicios en Tri-Lakes Cares independientemente de su estado de residencia legal, siempre que cumpla con los demás criterios de elegibilidad de TLC y permanezca al día con la organización.*** Sin embargo, Tri-Lakes Cares debe conocer su estado de residencia legal para poder asignar adecuadamente la asistencia que le brindamos a las fuentes de financiamiento correctas.

Lea esta Declaración detenidamente. No dude en consultar con un abogado de inmigración u otro experto de su elección si tiene preguntas o inquietudes.

Yo, \_\_\_\_\_, Juro o afirmo bajo pena de perjurio que **(marque uno)**:

- Soy ciudadano de los Estados Unidos, o
- Soy no ciudadano de los Estados Unidos, o
- Tengo un estatus migratorio que me convierte en un "extranjero calificado," o
- Ninguna de las tres opciones anteriores refleja mi estado migratorio o de ciudadanía.

Por la presente, acepto proporcionar cualquier documentación que pueda ser requerida de conformidad con la ley federal, las pautas provisionales publicadas por el Departamento de Justicia de los Estados Unidos (62 FR 61344) o, si corresponde, las leyes y regulaciones de Colorado, si las leyes de Colorado no son consistentes con las leyes.

Reconozco que hacer una declaración o representación falsa, ficticia o fraudulenta en esta Declaración es punible según las leyes penales de Colorado como perjurio en segundo grado según los Estados revisados de Colorado § 18-8-503 y constituirá un delito penal separado cada vez que se reciba un beneficio público de manera fraudulenta.

Firma del cliente: \_\_\_\_\_

Nombre en letra de imprenta: \_\_\_\_\_

Fecha de la firma: \_\_\_\_\_

### Políticas y Procedimientos de Tri-Lakes Cares

#### Políticas e Información General:

- Tri-Lakes Cares tiene como objetivo mejorar la vida de las personas a través de programas de emergencia, autosuficiencia y ayuda.
- Los voluntarios de TLC son apoyos importantes para el personal y los clientes. Sea cortés y respetuoso con ellos. Si tiene preguntas o inquietudes con respecto a las interacciones con los voluntarios, consulte a un administrador de casos o al director de operaciones.
- A los clientes que muestren un comportamiento intensificado o que parezcan estar bajo la influencia se les puede pedir que abandonen las instalaciones. Tenga en cuenta que estaremos encantados de atender a esos clientes otro día cuando se alivien estas preocupaciones. Si cree que no puede aliviar estas inquietudes por su cuenta, puede hablar con un administrador de casos sobre las referencias o los recursos disponibles.

#### Help Yourself Market (HYM) Pautas Para Compras y Distribución de Comestibles:

- Sea cortés y respetuoso con los demás cuando haga la compra. Todos merecen un ambiente seguro y amigable.
- No venga al TLC si está enfermo, en cuarentena, presenta síntomas de COVID-19, espera los resultados de una prueba de COVID-19 o le preocupa haber estado expuesto al COVID-19. Comuníquese con su administrador de casos si necesita adaptaciones especiales.
- **Se requieren máscaras para todos cuando estén en el sitio de TLC según las instrucciones del Departamento de Salud Pública del Condado de El Paso.** No podemos atenderlo mientras se encuentra en el lugar si no está usando una máscara que cubra tanto su boca como su nariz. Si no tiene una máscara, estaremos encantados de proporcionarle una. Habrá una estación de mascarilla / desinfectante en el estacionamiento para su conveniencia.
- Una vez que llegue a TLC, llame a la recepción de TLC al 719-481-4864. **No llame con anticipación o mientras se dirige a TLC.** No podemos preparar su pedido de comestibles hasta que esté físicamente en el lugar.
- **Estacione solo en el estacionamiento de TLC durante su período de recogida de 15 minutos.** Esto nos permite mantener espacios de estacionamiento abiertos para que otros clientes recojan sus comestibles de manera segura.
- Si no puede venir durante su período de recogida de 15 minutos, llame a la recepción de TLC al 719-481-4864 para obtener más instrucciones.
- Tenga cuidado de mantener una distancia social apropiada de al menos seis pies de los demás cuando recoja alimentos de TLC. No se acerque a la mesa hasta que le llamen por su nombre.
- Acepta aceptar la comida y los artículos diversos para su uso personal. Acepta no vender la comida y los artículos diversos que reciba de TLC.

**Por favor firme que ha leído y comprendido esta información:**

Firma del cliente: \_\_\_\_\_

Nombre en letra de imprenta: \_\_\_\_\_

Fecha de la firma: \_\_\_\_\_

Firma del personal: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_