For office use only:
Date Recieved: ____/____/____
Date Contacted: ____/____/____
Application revised: May 2011

Children's HOME Initiative

Application / *Solicitud*

I. Personal Information / *Informacion Personal*

Name / *Nombre:* _____ Email address / *Dirección de email:* _____

Address / *Dirección*: _____ Unit/*Número de Unidad*: _____

City/ *Ciudad*: _____ State/*Estado*: _____ Zip Code/*Código Postal*: _____

Please list all possible contact numbers / *Favor de apuntar cada número de contacto:*

Home /*Casa:* _____ Cell /*Celular:* _____ Work / *Trabajo:* _____

Race:
- ❑ American Indian-Alaskan Native / *Indios Americanos o Nativos de Alaska*
- ❑ Asian / *Nativo de Asia*
- ❑ Black/African-American / *Negro/Africano-Am*
- ❑ Multi-Racial / *Multi-racial*
- ❑ White / *Blanco*
- ❑ Native Hawaiian or Pacific Islander / *Nativos de Hawai o isleños del Pacífico*
- ❑ Mexican-American / *Mexicano-Americano*
- ❑ Other / *Otro*: _____

Ethnicity:
- ❑ Hispanic / *Hispano*
- ❑ Non-Hispanic / *No hispano*

Are you a US Military Veteran? / *¿Es usted un veterano militar de los Estados Unidos?* ❑ Yes/*Si* ❑ No

Do you have a: /*Tiene ústed:*
- ❑ Social Security Number / *Número de Seguro Social*
- ❑ Income Tax ID Number / *Número Individual para Pagar Impuestos*

What valid photo identification do you use? / *¿Qué identificación con fotografía, valida y vigente usa usted?*
- ❑ TX Driver's License / *Licencia de conducir de Texas*
- ❑ Consular ID card / *Matrícula Consular*
- ❑ TX ID / *Credencial de Identificación de Texas*
- ❑ Other/*Otro* _____

Have you participated in the Children's HOME Initiative before? /*¿Ha participado usted antes en el programa CHI?* ❑ Yes/*Si* ❑ No

If yes, when and at which property did you reside? */ ¿Si así es, cuando fue que usted participó y en que apartamentos vivió usted?*

When / *Cuando*	Which Property / *Que Apartamentos*

Have you ever rented from a **Foundation Communities** property? / *¿Ha rentado en el pasado en alguna propiedad de Foundation Communties?* ❑ Yes/*Si* ❑ No

If yes, where? / *En cual?* _____

Date that you need to move? /*¿Fecha que necesita mudarse?* _____ /_____ /_____

Do you have a car? / *¿Tiene usted auto/camioneta?* ❑ Yes/*Si* ❑ No

If yes, do you have car insurance? *¿Si sí, tiene usted seguro de automóvil?* ❑ Yes/*Si* ❑ No

Do you have any pets? / *¿Tiene mascota(s)?* ❑ Yes/*Si* ❑ No

Family Composition - Please include each person who will be living in the household
Composición de la Familia *- Favor de incluir cada persona que estará viviendo en el apartamento*

First Name *Nombre*	Last Name *Apellido*	Date of Birth *Fecha de Nacimiento*	Relationship to you *Relación con usted*
			SELF/UNO MISMO

Are your children currently in your custody? / *¿Están sus ninios bajo su custodia?* ❑ Yes/*Si* ❑ No

If not, who are they with? / *¿Si no, bajo la custodia de quien?*

Name / *Nombre*	Phone / *Teléfono*	Relationship / *Relación*
	( )	
	( )	

Are you currently pregnant? / *¿Esta usted actualmente embarazada?* ❑ Yes/*Si* ❑ No

If yes, when is your due date? / *¿Cual es su fecha para dar a luz?* _____ /_____ /_____

Are there any other persons not listed on your application that will be living with you or who will be frequent visitors once in the program? / *¿Hay personas que no están en el contrato de renta pero que vivirán con usted en su apartamento o que la visitarán frecuentemente?* ❑ Yes/*Si* ❑ No

If yes, who are they? / *Quienes son?*

Name / *Nombre*	Relationship / *Relación*

Do you (or any person in the household) have any other children under 18 years old not listed here? */ ¿Tiene usted (o otra persona en su hogar) otros niños menores de 18 años que no se han nombrado aquí?* ❑ Yes/*Si* ❑ No

If yes, explain / *Si asi es, favor de explicar*:

II. Head of Household

Do you have medical insurance? / *¿Tiene aseguransa medica?* ❑ Yes/*Si* ❑ No

If yes, identify / *Si sí, identifica*:

❑ MAP ❑ Medicaid ❑ Medicare ❑ VA ❑ Other/*Otro* _____

Do you have a documented disability? / *¿Tiene usted una incapacidad documentada?* ❑ Yes/*Si* ❑ No

If yes, identify / *Si sí, identifica*:

❑ Physical Disability / *Incapacidad Física*

❑ Chronic Substance Use *Abuso de drogas o alcohol*

❑ Mental Illness / *Enfermedad Mental*

❑ HIV/AIDS and related diseases *HIV/AIDS o enfermedades relacionadas*

❑ Other / *Otra* _____

Are you currently recieving treatment for your disability? / *¿Esta actualmente recibiendo tratamiento para su discapacidad*?
❑ Yes/*Si* ❑ No

Is your disability long-term? / *¿Es su incapacidad de largo plazo?* ❑ Yes/*Si* ❑ No

Have you ever been treated for an alcohol or drug addiciton? / *¿Ha sido tratado por adiccion de alcohol o droga?* ❑ Yes/*Si* ❑ No

If yes, identify / *Si sí, identifica*:

Times in Treatment *Veces en tratamiento*	Date of Last Treatment/ *La fecha de su ultimo tratamiento*	Location of Last Treatment / *En que lugar fue su ultimo tratamiento*	Length of Treatment *Duraccion del tratamiento*	Last Use Date / *Fecha de su ultimo uso*

Drug of Choice / *Droga de preferencia*

Do you attend AA/NA/CA/GA or other 12 Step or Support Program? / *¿Asiste usted a algun programa como AA/NA/CA/GA u otro programa de "12 Pasos" o Programa de Apoyo?* ❑ Yes/*Si* ❑ No

Have you ever been diagnosed with an emotional or mental health condition? / *¿En alguna vez ha sido diagnosticado(a) con una condición emocional o mental de salud?* ❑ Yes/*Si* ❑ No

If yes, describe diagnosis / *Si sí, describir el diagnóstico*:

Have you ever been hospitalized for an emotional or mental health coniditon? / *¿Jamás ha sido internado usted por su condicion emocional o mental de la salud?* ❑ Yes/*Si* ❑ No

If yes / *Si sí*:

Date Hospitalized *la Fecha de su hospitalizacion*	Hospital/Medical Facility *Hospital/Clinica médica*	Discharge Date *la Fecha de Salida*

Have you been hospitlaized for a medical condition within the last 12 months? / *¿Han sido usted hospitalizado por alguna condición médica en los últimos 12 meses?* ❑ Yes/*Si* ❑ No

If yes / *Si sí*:

Date Hospitalized *la Fecha de su hospitalizacion*	Hospital/Medical Facility *Hospital/Clinica médica*	Discharge Date *Fecha de Salida*

Are you currently taking any medications? / *¿Actualmente esta usted tomando medicamentos?* ❑ Yes/*Si* ❑ No

If yes, list and explain / *si asi es, enliste y explique todo lo que toma*

Are you currently experiencing any other health problems? / *¿Tiene usted actualmente problemas de salud?* ❑ Yes/*Si* ❑ No

If yes, list and explain / *si asi es, enliste y explique todo lo que toma*

Are you a domestic violence survivor? / *¿Ha sido usted victima de violencia en el hogar?* ❑ Yes/*Si* ❑ No ❑ Don't Know/ *no sé*

If yes, within / *si es si,durante*: ❑3-6 months/ *3-6 meses* ❑ 6-12 months/ *6-12 meses* ❑ 12+months/ 12+ *meses*

Have you been released from a public institution in the last 12 months? / *¿Ha sido usted dado de alta de una institución pública en los últimos 12 meses?* ❑ Yes/*Si* ❑ No

If yes, what kind / *Si es si ¿qué clase?*: ❑ Medical Facility / Cen*tro Médico* ❑ Psychiatric Facility / *Centro Psiquiátrico*
❑ Jail / *Cárcel* ❑ Prison / *Prisión* ❑ Substance Abuse Treatment / *Tratamiento de Abuso de Drogas*
❑ Foster Care / *Orfanato*

III. Employment and Income / Empleo e Ingresos

Are you currently employed? / *Trabaja actualmente?* ❑ Yes/*Si* ❑ No

Please list total GROSS INCOME before taxes and deductions / *Favor de poner cada fuente de ingreso*

Work / *Trabajo*		***Amount* / Cantidad**	
Employer/*Patron:*		❑ Hourly Wage /*Paga por Hora* ❑ Salary / *Salario*	
Employee/*Empleado*:		$	Per Hour /*por hora*
			Hours Per Week / *Horas por semana*
Start Date /*Fecha de Inicio:*	/ /	$	Monthly GROSS income / *ingreso mensual total*

Work / *Trabajo*		***Amount* / Cantidad**	
Employer/*Patron:*		❑ Hourly Wage /*Paga por Hora* ❑ Salary / *Salario*	
Employee/*Empleado*:		$	Per Hour /*por hora*
			Hours Per Week / *Horas por semana*
Start Date /*Fecha de Inicio*	/ /	$	Monthly GROSS income / *ingreso mensual total*

Additional Income / *Ingresos adicionales*			
Social Security Income *Seguro Social*	$	Child Support *Pensión para Hijos Menores*	$
Disability Income *Beneficios por Discapacidad*	$	Other Income *Otro Ingreso*	$
TANF	$	Other Income *Otro Ingreso*	$

IV. Housing and Rental History / Historia de Vivienda y de Renta

Please describe your current living situation / *Por favor describa su situación actual de vivienda:*

Place/*Lugar*	Reason you need to leave/*Razón por la que necesita dejar su vivienda*

Are you currently Homeless? /*¿Esta usted actualmente sin hogar?* ❑ Yes/*Si* ❑ No

If yes, identify where you are currently staying / *Si la respuesta es afirmativa, identificar dónde están alojados actualmente:*

❑ Emergency Shelter / *Refugio de emergencia*

❑ Cars, Parks, Streets etc. / *Auto, parques, calle, etc…*

❑ Overcrowded Housing with Family or Friends *Compartiendo vivienda con demasiados familiares o amigos*

❑ Lack a fixed, regular, adequate nighttime residence / *Falta de vivienda fija o adecuada durante la noche*

❑ Hotel or Motel / *hotel o motel*

❑ Supportive or Transitional Housing Program / *Programa de apoyo o programa de vivienda transicional*

❑ Institution that provides temporary residence for those intended to be institutionalized / *Institución que proporciona residencia temporal a los destinados a ser institucionalizados*

❑ Other / *Otra* _____

Do you, or anyone in your household, owe money to any other apartment complexes? / *¿Usted, o alguna persona en su hogar, debe dinero a otra compañia de apartamentos?* ❑ Yes/*Si* ❑ No

If yes, please check reason(s) / *Si debe dinero, indique la(s) razon(es)*:

Reason / *Razón*	Amount / *Cantidad*	Reason / *Razón*	Amount / *Cantidad*
❑ nonpayment of rent *no pago la renta*	$	❑ damage to apt *daños al apartamento*	$
❑ both rent & damage *por ambos, renta y daños*	$	❑ Other *Otro*	$

Have you, or anyone in your household, ever been evicted? / *¿Ha sido usted, o alguna persona en su hogar, desalojado?* ❑ Yes/*Si* ❑ No

If yes, please describe / *Si ha sido, favor de describir*:

Date of Eviction *Fecha del Desalojo*	Place of Eviction / *Lugar de dónde se tuvo que desalojar*	Reason for Eviction *Razón por el Desalojo*	Amount Owed *Cantidad que quedó a deber*

Previous residence: Please list your housing history for the last **2 years**
D*irección anterior: Favor de enlistar su historial de vivienda en los últimos **2 años**.*

Dates / *Fechas*	City / *Ciudad*	Place / *Lugar*	Reason for Leaving *Razón por la que dejó esa vivienda*

Do you or anyone in your household currently owe any previous utility or gas bills? / *¿Tiene usted, o alguna persona en su hogar, deudas por cuentas previas de electricidad / gas?* ❑ Yes/*Si* ❑ No

If yes…/ *Si sí…*

Amount/*Cantidad*	To which company? / *¿A qué compañía le debe*?
$	
$	

Do you have an account currently active/in service? *¿Esta cuenta está actualmente en servicio?* ❑ Yes/*Si* ❑ No

Have you applied for any other subsidized housing? / *¿Ha aplicado para otro programa de vivienda subsidiada?* ❑ Yes/*Si* ❑ No

If yes, select from this list / *Si sí, seleccione de la siguiente lista*:

Type of Housing / *Tipo de Vivienda*	Date Applied / *Fecha de Aplicar*
❑ TBRA	/ /
❑ Public Housing / *Vivienda Pública*	/ /
❑ Section 8	/ /
❑ Other / *Otro*	/ /

Do you have any relatives or friends currently in the CHI program? / *¿Tiene usted familia o amistades participando actualmente en nuestro programa de vivienda (Children's HOME Initiative)?* ❑ Yes/*Si* ❑ No

If yes, who? / *¿Si sí, quien?*

Name / *Nombre*	Relationship / *Relación*

V. Legal Information / Información de asuntos legales

Do you, or anyone in your household, have a criminal record? / *¿Tiene usted, o alguna persona en su hogar, antecedentes penales?* ❑ Yes/*Si* ❑ No

If yes, please describe. Include charge(s), date(s), felony or misdemeanor, and outcome: / *Si asi es, favor de describirlo. Incluir delito(s), fecha(s), y que tipo de delito: mayor o menor, y cúal fue el resultado*:

Date / *Fecha*	Charge / *Delito*	Felony or misdemeanor *Delito mayor o menor*	Outcome / *Resultado*
/ /			
/ /			
/ /			

Do you, or anyone in your household, have warrants out for their arrest? / *¿Tiene usted o alguien que vive con usted una orden de arresto bajo su nombre?* ❑ Yes/*Si* ❑ No

If yes, please describe: / *Si asi es, favor de explicar:*

Do you, or anyone in your household, have tickets or fines that need to be paid? / *¿Tiene usted, o alguien que vive con usted multas o infracciones que tienen que ser pagadas?* ❑ Yes/*Si* ❑ No

If yes, please describe: / *Si asi es, favor de explicar:*

Are you currently involved with Child Protective Services? / *¿Tiene usted algun caso abierto con la Agencia de Protección al Ninio (Child Protective Services CPS)?* ❑ Yes/*Si* ❑ No

If yes, please describe: / *Si asi es, favor de explicar:*

Do you have any current/pending legal issues (e.g. divorce, child custody, child support, probation, etc.)? / *¿Tiene usted actualmente asuntos legales pendientes (tales como divorcio, custodia legal de los hijos, pagos de manuntención a los hijos,libertad condicional, etc.) ?* ❑ Yes/*Si* ❑ No

If yes, please describe: / *Si asi es, favor de explicar:*

VI. Referral Information / Información sobre referencias

Are you receiving services from any other social service organizations? / *¿Está usted recibiendo servicios de alguna otra organización de servicios sociales?* ❑ Yes/*Si* ❑ No

If yes, from what agency and with whom are you working? / *¿Si está,con quién está trabajando, y qué agencia?*

Name *Nombre*	Agency *Agencia*	Phone # *Número de teléfono*	Relationship *Relación*
		( )	
		( )	
		( )	

Who referred you to this program? / *¿Quién le recomendó/envió a nuestro programa?*

Name / *Nombre*	Relationship / *Relación*

The Children's HOME Initiative (CHI) is designed to give families the opportunity to improve their lives through stable housing, structured case management, and supportive services. Establishing and working toward specific goals is an integral part of the program. / *El programa* Children's HOME Initiative *(*CHI *por sus siglas en ingles) fue diseñado para darle una oportunidad a familias de mejorar sus vidas a través de vivienda estable, mediante una forma estructurada de trabajo social y servicios de apoyo. Una parte integral del programa es establecer y trabajar hasta alcanzar metas específicas.*
What goals would you like to accomplish while in the program? Please be specific in each of the following areas. / *¿Qué metas quisiera usted alcanzar mientras está participando en el programa? Favor de ser específico en cada uno de las áreas siguientes.*
Obtaining long-term, permanent housing / *Obtener vivienda estable y permanente a largo plazo*
1.
2.
3.
Improving employment and increasing income / *Mejorar empleo y aumentar ingresos económicos*
1.
2.
3.
Improving overall health and well-being of my family / *Mejorar la salud y el bienestar de mi familia*
1.
2.
3.
Other goals / *Otras metas*
1.
2.
3.

The CHI program is available at six properties in three primary areas of Austin. Please list the order of your **prefered areas** according to your needs. Although we work hard on mathcing your primary preference with an available unit, please understand that at times we may be unable to do so. */ El CHI programa está disponible en seis propiedades en tres áreas principales de Austin. Por favor escriba el orden de su **preferencia de las áreas** de acuerdo a sus necesidades. Aunque nos esforzamos en complacer su preferencia de area, por favor mantenga en mente que no siempre somos capaces de hacerlo.*

[**1** = 1st Choice / *Primera opción*] [**2** = 2nd Choice / *Segunda opción*] [**3** = 3rd Choice / *Tercera opción*]

_____	**NORTH PROPERTIES**
	Crossroads Apartments / 8801 McCann (78757) – (Northwest Austin)
	Trails at Vintage Creek / 7224 Northeast Drive (78723) – (Northeast Austin)
_____	**CENTRAL PROPERTIES**
	M-Station Apartments / 2906 E. Martin Luther King Jr. Blvd (78702) – (East-Central Austin)
_____	**SOUTH PROPERTIES**
	Daffodil Apartments / 6009 Daffodil Drive (78744) – (Southeast Austin)
	Sierra Ridge Apartments / 201 W. St. Elmo (78745) – (South-Central Austin)
	Sierra Vista Apartments / 4320 S. Congress Ave. (78745) – (South-Central Austin)

I confirm that all of the information provided in this application is true. Falsifying information and/or omitting information may result in your denial from the Children's HOME Initiative. / ***Atesto que toda la información proveída en esta solicitud es completamente verídica. Entiendo que el falsificar u omitir informacion pudiera resultar en la cancelacion de mi solicitud al programa.***

Signature / ***Firma*** _____ **Date /** ***Fecha*** _____

Please return this application to:

Favor de entregar o enviar esta solicitud a:

Children's HOME Initiative
3036 S. First Street, Suite 200
Austin, TX 78704
Fax: (512) 447-9025
childrenshomeinitiative@foundcom.org

For more information, please contact us at:
Para obtener más información, póngase en contacto con nosotros en:
(512) 610-7392

The Children's HOME Initiative Programs

Basic Qualifications / *Calificaciones Básicas*
Please contact our office for a more complete list of our Qualifying Criteria
Póngase en contacto con nuestra oficina para una lista más completa de nuestros criterios de calificación

Transitional Housing	Housing Forward	Shelter Plus Care
a. Families must earn 30% or less of Median Family Income b. Head of household must be working at least part-time c. Families are not required to be homeless d. Disability status is not required	a. Families must earn 30% or less of Median Family Income b. Head of household must be working at least part-time c. Family must qualify under the federal definition of homelessness d. Disability status is not required	a. Families must earn 30% or less of Median Family Income b. Employment is not required c. Family must qualify under the federal definition of homelessness d. Head of Household must have a documented disability
Viviendas de Transición	**Vivienda Adelante**	**Refugio y Atención**
a. Las familias deben ganar el 30% o menos del ingreso familiar promedio b. Jefe de familia debe trabajar por lo menos parte del tiempo c. Familias no se les exige que estén sin hogar d. Condición de discapacitado no es requerida	a. Las familias deben ganar el 30% o menos del ingreso familiar promedio b. Jefe de familia debe trabajar por lo menos parte del tiempo c. Familia debe acogerse a la definición federal de vivienda d. Condición de discapacitado no es requerida	a. Las familias deben ganar el 30% o menos del ingreso familiar promedio b. Empleo no es necesario c. Familia debe acogerse a la definición federal de vivienda e. El jefe de familia debe tener una discapacidad documentada