

Opportunities

for Williamson & Burnet Counties

Solicitud de Asistencia de Energía y Manejo de Casos

Recibir Asistencia Financiera

- Electricidad, Gas, Propano
- Los solicitantes calificados pueden recibir varios meses de asistencia para múltiples necesidades

Programa de Autosuficiencia

- Servicios de apoyo intensivo para individuos y familias para ayudar a eliminar las barreras a la educación, capacitación laboral y obtener o aumentar el empleo.

- ✓ **Complete este paquete de solicitud y proporcione los siguientes documentos**
- ✓ **Copia de la(s) factura(s) de servicios públicos o declaración necesaria para recibir asistencia**
- ✓ **Formulario de autorización de Atmos Energy para clientes de Atmos Energy... *incluido en el paquete***
- ✓ **Proporcionar prueba de ingresos recibidos en los últimos 30 días – para miembros del hogar mayores de 18 años**

Ejemplos:

Los Talones de Pago de Empleo por Fecha de Pago Incluyen la Cantidad Bruta

Cartas de SS/SSI/SSDI de Beneficios de 2023

Beneficios de Pensión

Prestaciones por Desempleo con Explicación y Desglose

Beneficios de Compensación para Trabajadores

Carta de Beneficios para Veteranos

Beneficios de Pensión Alimenticia

Comisión/Consejos/Bonos recibidos

Manutención de Hijos que Enumera las Fechas de los Últimos 30 Días y Cualquier Pago-No Se Cuenta Como Parte de los Ingresos

Cartas de Beneficios de SNAP Actualizadas (todas las páginas): No Se Cuentan Como Parte de los Ingresos

- ✓ **Complete el formulario Systematic Alien Verification of Entitlement (SAVE) incluido en este paquete**
- ✓ **Proporcionar prueba de identificación y ciudadanía estadounidense/residencia legal o documentación de extranjero calificado para tantos miembros del hogar como sea posible.**

Ejemplos a continuación-consulte nuestro sitio web para obtener una lista completa de los documentos aceptables

IDENTIFICACIÓN

18 años y mayores

- Pasaporte estadounidense actual (válido)
- Pasaporte extranjero vigente
- Licencia de conducir de Texas (dentro de los 2 años posteriores al vencimiento)
- Licencia de conducir/tarjeta de identificación con fotografía de otro estado (dentro de los 60 días posteriores al vencimiento)
- Tarjeta de identificación de Texas (dentro de los 2 años de vencimiento)
- Identificación o dependiente militares de EE. UU.
- Tarjetas tribales con foto e identificación tribal con foto de nativo americano
- Documento de residente permanente legal con identificación con foto
- Documentos de extranjero calificado con identificación con foto
- Certificado de Nacimiento Extranjero (Coincidencia de Padres)
- *Establece Identificación, pero no Ciudadanía Estadounidense

17 años y menos

- Referirse a 18 años o más
- Establecer la relación de padre/tutor presentando uno de los siguientes para el menor
 1. Certificado de nacimiento de EE. UU. (coincidencia de padres)
 2. Informe de Nacimiento en el Extranjero (Coincidencia de Padres)
 3. Decreto de adopción (Coincidencia de padres)
 4. Sentencia de divorcio/custodia (Coincidencia de padres)
 5. Acuerdo de autorización notariado vigente de cuidador adulto voluntario (coincidencia del solicitante)
- Y
- Los padres deben presentar su propia prueba de identificación.

CIUDADANÍA ESTADOUNIDENSE/RESIDENTE LEGAL O EXTRANJERO CALIFICADO

- Pasaporte estadounidense actual (válido)
- Acta de nacimiento o registro de nacimiento de los EE. UU. emitido por la Oficina Estatal de Estadísticas Vitales o el gobierno, territorio o distrito de Columbia estatal o local de los EE. UU.
- Informe de Nacimiento en el Extranjero o Certificado de Nacimiento emitido a un ciudadano estadounidense nacido en el extranjero
- Decreto de adopción que enumera el lugar de nacimiento de la persona en el estado, territorio o distrito de Columbia de los EE. UU.
- Registro militar que indique el lugar de nacimiento de la persona en un estado, territorio o Distrito de Columbia de EE. UU.
- Documento de residente permanente legal con identificación con foto
- Documentos de extranjero calificado con identificación con foto

Our mission is to empower children, families, and seniors to achieve and maintain independence by partnering with area organizations to provide education, nutrition, and community support.



SOLICITUD DE ADMISIÓN 2024 Programas De Servicios Comunitarios

Primer Nombre del Solicitante		Segundo Nombre	Apellido		
Primer Nombre del Solicitante		APT/Suite	Ciudad	Código Postal	Condado
Dirección Postal Para Correspondencia		Apt/Suite	Ciudad	Estado	Código Postal Condado
Correo Electrónico		Número Telefónico		Idioma Primordial	
CIRCULA DEBAJO					
Información De La Vivienda Renta o Dueño/a		Tipo De La Vivienda Casa Privada Apartamento Casa Móvil Otro			Servicios recibidos en el año anterior No o Sí
EVALUACIÓN DE LAS NECESIDADES DE LOS HOGARES Por favor, marque si (✓) para cualquier necesidad inmediata o solicitud de servicios					
Asistencia de Emergencia (Alimentos, Ropa, Refugio, etc.)		Ingreso (SSDI, TANF, SS, SSI, VA, manutención infantil, etc.)			
Cuidado de Niños - Referencia		Empleo			
Educación / Entrenamiento / ESL		Asistencia de servicios públicos (incluida la asistencia de energía)			

Envíe la solicitud y los documentos a: **Asegúrese de escanear o enviar por fax ambos lados al enviar su solicitud.*

- Correo electrónico: Utilities@owbc-tx.org - Recibirá una respuesta automática por correo electrónico que le informará que recibimos su solicitud por correo electrónico. Guarde esto para sus registros.
- Correo o Dejar Al: 604 High Tech Dr, Georgetown Tx 78626
- Fax 512 763 1411 – Recibirás una confirmación. Por favor, guárdelo para sus registros.

Correo electrónico Utilities@owbc-tx.org Teléfono: 512 255 2202	Correo: 604 High Tech Dr Georgetown Tx 78626	Service Area: Burnet and Williamson Counties
En Línea: https://www.owbc-tx.org	Horas de Oficina: lun-vie 8am a 4:30pm	Fax: 512 763 1411

INFORMACION IMPORTANTE PARA LOS ANTIGUOS MIEMBROS DE LOS SERVICIOS MILITARIOS:

Las mujeres y los hombres que sirvieron en cualquier rama de las Fuerzas Armadas de los Estados Unidos, incluyendo el Ejército, la Marina, los Marines, la Guardia Costera, las Reservas o la Guardia Nacional, pueden ser elegibles para beneficios y servicios adicionales.

Para obtener más información, visite el Portal de Veteranos de Texas en <https://veterans.portal.texas.gov/>.

Consultas o Problemas: Oficina de Contacto a 512 255 2202. Solicite hablar con un coordinador de admisión / Se puede derivar al director del programa si lo solicita

Our mission is to empower children, families, and seniors to achieve and maintain independence by partnering with area organizations to provide education, nutrition, and community support.

Opportunities

for Williamson & Burnet Counties

INFORMACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL HOGAR – Liste a cada miembro del hogar Incluya a todos los adultos, menores, familiares, amigos y compañeros de cuarto que viven en el hogar. Si son menos de 6, no duplique los nombres. Si hay más de 6 en un hogar, agregue miembros a una copia en blanco de esta página.

Solicitante

Nombre y Apellido					
Fecha de Nacimiento / /	Género Masculino Femenino Otro No Reportado	Relación con el Solicitante: Yo Cónyuge Niño/a Nieta/o Padres Abuelo/a Hermano/a Guardián Otro/a	Educación 0-8 9-11 GED Graduado de Sec Postsecundario 2 a 4 Años de Uni	Situación Laboral Menor de 18 Empleado Tiempo Completo Empleado Tiempo Parcial Retirado Trabajador/a Migrante Desempleado Menos de 6 Meses Desempleado Mas de 6 Meses No Jubilado- No en la fuerza laboral	
Estado Militar: Menor Nunca Servido Activo Veterano					
Origen Étnico Hispano / Latino No Hispano/ No Latino					
Raza Indio Am/Nativo de Alaska Asiático Blanco Negro/Afroamericano Multi-Raza Otro Nativo hawaiano/ Pacífico Blanco					
Tipo de Seguro Médico Sin Seguro Medicaid Medicare CHIP Seguro Médico de Militar Seguro de estado para Adulto Compra Directa Basado en el Empleo			Discapacitado/a Si No	SNAP Si No	Manutención de hijos Si No

Miembro Adicional del Hogar

Nombre y Apellido					
Fecha de Nacimiento / /	Género Masculino Femenino Otro No Reportado	Relación con el Solicitante: Yo Cónyuge Niño/a Nieta/o Padres Abuelo/a Hermano/a Guardián Otro/a	Educación 0-8 9-11 GED Graduado de Sec Postsecundario 2 a 4 Años de Uni	Situación Laboral Menor de 18 Empleado Tiempo Completo Empleado Tiempo Parcial Retirado Trabajador/a Migrante Desempleado Menos de 6 Meses Desempleado Mas de 6 Meses No Jubilado- No en la fuerza laboral	
Estado Militar: Menor Nunca Servido Activo Veterano					
Origen Étnico Hispano / Latino No Hispano/ No Latino					
Raza Indio Am/Nativo de Alaska Asiático Blanco Negro/Afroamericano Multi-Raza Otro Nativo hawaiano/ Pacífico Blanco					
Tipo de Seguro Médico Sin Seguro Medicaid Medicare CHIP Seguro Médico de Militar Seguro de estado para Adulto Compra Directa Basado en el Empleo			Discapacitado/a Si No	SNAP Si No	Manutención de hijos Si No

Miembro Adicional del Hogar

Nombre y Apellido					
Fecha de Nacimiento / /	Género Masculino Femenino Otro No Reportado	Relación con el Solicitante: Yo Cónyuge Niño/a Nieta/o Padres Abuelo/a Hermano/a Guardián Otro/a	Educación 0-8 9-11 GED Graduado de Sec Postsecundario 2 a 4 Años de Uni	Situación Laboral Menor de 18 Empleado Tiempo Completo Empleado Tiempo Parcial Retirado Trabajador/a Migrante Desempleado Menos de 6 Meses Desempleado Mas de 6 Meses No Jubilado- No en la fuerza laboral	
Estado Militar: Menor Nunca Servido Activo Veterano					
Origen Étnico Hispano / Latino No Hispano/ No Latino					
Raza Indio Am/Nativo de Alaska Asiático Blanco Negro/Afroamericano Multi-Raza Otro Nativo hawaiano/ Pacífico Blanco					
Tipo de Seguro Médico Sin Seguro Medicaid Medicare CHIP Seguro Médico de Militar Seguro de estado para Adulto Compra Directa Basado en el Empleo			Discapacitado/a Si No	SNAP Si No	Manutención de hijos Si No

Our mission is to empower children, families, and seniors to achieve and maintain independence by partnering with area organizations to provide education, nutrition, and community support.

Opportunities

for Williamson & Burnet Counties

INFORMACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL HOGAR – Liste a cada miembro del hogar Incluya a todos los adultos, menores, familiares, amigos y compañeros de cuarto que viven en el hogar. Si son menos de 6, no duplique los nombres. Si hay más de 6 en un hogar, agregue miembros a una copia en blanco de esta página.

Miembro Adicional del Hogar

Nombre y Apellido					
Fecha de Nacimiento / /	Género Masculino Femenino Otro No Reportado	Relación con el Solicitante: Yo Cónyuge Nino/a Nieta/o Padres Abuelo/a Hermano/a Guardián Otro/a	Educación 0-8 9-11 GED Graduado de Sec Postsecundario 2 a 4 Años de Uni	Situación Laboral Menor de 18 Empleado Tiempo Completo Empleado Tiempo Parcial Retirado Trabajador/a Migrante Desempleado Menos de 6 Meses Desempleado Mas de 6 Meses No Jubilado- No en la fuerza laboral	
Estado Militar: Menor Nunca Servido Activo Veterano					
Origen Étnico Hispano / Latino No Hispano/ No Latino					
Raza Indio Am/Nativo de Alaska Asiático Blanco Negro/Afroamericano Multi-Raza Otro Nativo hawaiano/ Pacífico Blanco					
Tipo de Seguro Médico Sin Seguro Medicaid Medicare CHIP Seguro Médico de Militar Seguro de estado para Adulto Compra Directa Basado en el Empleo			Discapacitado/a Si No	SNAP Si No	Manutención de hijos Si No

Miembro Adicional del Hogar

Nombre y Apellido					
Fecha de Nacimiento / /	Género Masculino Femenino Otro No Reportado	Relación con el Solicitante: Yo Cónyuge Nino/a Nieta/o Padres Abuelo/a Hermano/a Guardián Otro/a	Educación 0-8 9-11 GED Graduado de Sec Postsecundario 2 a 4 Años de Uni	Situación Laboral Menor de 18 Empleado Tiempo Completo Empleado Tiempo Parcial Retirado Trabajador/a Migrante Desempleado Menos de 6 Meses Desempleado Mas de 6 Meses No Jubilado- No en la fuerza laboral	
Estado Militar: Menor Nunca Servido Activo Veterano					
Origen Étnico Hispano / Latino No Hispano/ No Latino					
Raza Indio Am/Nativo de Alaska Asiático Blanco Negro/Afroamericano Multi-Raza Otro Nativo hawaiano/ Pacífico Blanco					
Tipo de Seguro Médico Sin Seguro Medicaid Medicare CHIP Seguro Médico de Militar Seguro de estado para Adulto Compra Directa Basado en el Empleo			Discapacitado/a Si No	SNAP Si No	Manutención de hijos Si No

Miembro Adicional del Hogar

Nombre y Apellido					
Fecha de Nacimiento / /	Género Masculino Femenino Otro No Reportado	Relación con el Solicitante: Yo Cónyuge Nino/a Nieta/o Padres Abuelo/a Hermano/a Guardián Otro/a	Educación 0-8 9-11 GED Graduado de Sec Postsecundario 2 a 4 Años de Uni	Situación Laboral Menor de 18 Empleado Tiempo Completo Empleado Tiempo Parcial Retirado Trabajador/a Migrante Desempleado Menos de 6 Meses Desempleado Mas de 6 Meses No Jubilado- No en la fuerza laboral	
Estado Militar: Menor Nunca Servido Activo Veterano					
Origen Étnico Hispano / Latino No Hispano/ No Latino					
Raza Indio Am/Nativo de Alaska Asiático Blanco Negro/Afroamericano Multi-Raza Otro Nativo hawaiano/ Pacífico Blanco					
Tipo de Seguro Médico Sin Seguro Medicaid Medicare CHIP Seguro Médico de Militar Seguro de estado para Adulto Compra Directa Basado en el Empleo			Discapacitado/a Si No	SNAP Si No	Manutención de hijos Si No

Our mission is to empower children, families, and seniors to achieve and maintain independence by partnering with area organizations to provide education, nutrition, and community support.

Opportunities

for Williamson & Burnet Counties

Proporcione la siguiente información para la asistencia financiera– Electricidad - Gas - Propano - Agua

Tipo de CA utilizado:	Unidad Central	Unidad de ventana	Enfriador Evaporativo	Otro	Nada
Tipo de Calentador:	Unidad Eléctrica Central	Gas Natural	Tanque de Propano	Otro	Nada
Electricidad:	Número de cuenta:			<u>Uso Primario:</u> Calor o Frio	
Gas Natural:	Número de cuenta:			<u>Uso Primario:</u> Calor o Frio	
Propano:	Número de cuenta:			<u>Uso Primario:</u> Calor o Frio	
Agua:	Número de cuenta:			Tipo:	
Otro:	Número de cuenta:			Necesidad:	
Pagar a:	A la compañía de servicios públicos		Al propietario	Incluido en la renta	

Proporcione la siguiente información para la consulta del Programa de Autosuficiencia

Los mentores están disponibles de lunes a viernes de 8 am a 5 pm con excepción de los días festivos.

¿Está interesado en obtener más información sobre cómo puede ayudar asociarse con un mentor? No o Sí

Este programa está diseñado para ayudar a las familias a ser autosuficientes al ingresar a la fuerza laboral con mejores habilidades laborales y para la vida. Las familias trabajan uno a uno con un mentor y adaptan un plan de servicio único a las necesidades de la familia y las barreras para volver al trabajo.

Aquí hay algunas cosas a considerar al decidir cómo un mentor puede ayudarlo:

- Ayudarlo a desarrollar metas y hacer planes detallados sobre cómo lograrlas. Abogar con usted en pasos difíciles de obtener.
- Convertirse en su animador y responsabilizarlo por su sueño. Encontrar recursos para satisfacer sus necesidades educativas y laborales.
- Encontrar fondos para complementar las necesidades diarias mientras está en la escuela o entrenando y después de que comience su empleo Asesoramiento cuando necesite apoyo para derribar barreras
- Disponible para encuentros individuales frecuentes a través de cara a cara, correos electrónicos, mensajes de texto y llamadas a través de su línea de servicio directo

AUTORIZACION DE SOLICITUD

- ❖ La información es verdadera y correcta a lo mejor de mi conocimiento y creencia.
- ❖ Entiendo que mi ingreso bruto (reimpuesto) de mi hogar se ha anualizado en el momento de la aplicación de acuerdo con el procedimiento de la agencia preestablecido.
- ❖ Estoy consciente de que estoy sujeto a procesamiento por proporcionar información falsa o fraudulenta en esta solicitud. También entiendo que el recibir asistencia a través de distorsionar datos o fraude es castigado con multa o encarcelamiento.
- ❖ Entiendo que puedo solicitar una audiencia para apelar una negación de elegibilidad, cantidad de ayuda recibida, o un retraso en el servicio.
- ❖ Autorizo al Departamento de Vivienda y Asuntos Comunitarios de Texas (TDHCA) y Opportunities for Williamson and Burnet Counties, Inc. para solicitar/verificar información incluyendo facturas de servicios públicos y/o combustibles (si solicita asistencia de servicios públicos) y verificación de empleo, tanto pasado como futuro, en la medida en que la información se utilice solo para determinar la elegibilidad y proporcionar datos.
- ❖ Soy un solicitante de Opportunities for Williamson and Burnet Counties, Inc. por la presente doy mi permiso para divulgar y verificar toda la información solicitada y entiendo que se mantendrá en estricta confianza para ser utilizado sólo con fines de programa. Entiendo que una fotocopia de esta versión es tan válida como el original y puede ser utilizada para obtener información de empleo o verificar otros datos.
- ❖ Entiendo que, si me muevo de residencia o cambio de compañías de servicios públicos, debo notificar a Opportunities for Williamson and Burnet Counties, Inc. dentro de 5 días laborables sobre la compañía nueva de utilidad, número de cuenta, y nombre en la cuenta. Si no aviso a Opportunities for Williamson and Burnet Counties, Inc. sobre la compañía nueva de utilidad perderé cualquier pago vencido. Cuando la información es proporcionada cualquier ayuda restante puede ser restablecida. (Si aplica para asistencia de servicios públicos)
- ❖ Entiendo que si mi factura mensual actual excede el acuerdo de pago para ese mes que soy responsable del saldo restante adeudado al proveedor. En caso de que me desconecte por no pagar el saldo restante adeudado al proveedor, seré terminado del programa de Asistencia de Servicios Públicos, y este acuerdo se convierte en nulo. (Si solicita asistencia de servicios públicos)

Firma del Solicitante

Uso de la oficina de firma del personal SOLAMENTE



Autoidentificación de Discapacidad

Solicitante – Miembros del hogar discapacitados, que NO reciben beneficios en efectivo por discapacidad proporcionados por el gobierno federal, pueden autoidentificarse como discapacitados revisando las Leyes y beneficios a continuación con el fin de dar fe. Este formulario DEBE ser firmado por el miembro o tutor del discapacitado.

Nombre del Solicitante	
Nombre De La Persona Con Discapacidad	
Relación De La Persona Con La Discapacidad Con El Solicitante	

La persona con discapacidad es cualquier persona que:

- ❖ Una persona discapacitada, tal como se define en el artículo 7(9) de la Ley de Rehabilitación de 1973;
- ❖ Bajo una discapacidad tal como se define en el artículo 1614(a)(3)(A) o el artículo 223(d)(1) de la Ley del Seguro Social o en el artículo 102(7) de la Ley de Construcción de Servicios e Instalaciones para discapacidades del desarrollo; O
- ❖ Recibir beneficios bajo 38 U.S.C. Capítulo 11 o 15.

Por la presente autorizo a la persona antes mencionada, con el propósito de confirmar la elegibilidad como Persona con Discapacidad, estoy de acuerdo con la definición anterior de Persona con Discapacidad.

Certifico que la información anterior es verdadera y correcta a lo mejor de mi conocimiento y creencia. Si alguna parte es falsa, mi participación en el programa de esta agencia puede ser cancelada, y yo puedo estar sujeto a acciones legales. También entiendo que la información en esta solicitud se mantendrá en estricta confianza dentro de la agencia y es accesible para mí durante las horas de trabajo.

Firma De La Persona Con Discapacidad O Su Tutor	Fecha / /2024
---	------------------

Opportunities

for Williamson & Burnet Counties

DECLARATION OF INCOME STATEMENT (DECLARACION DE INGRESOS)

Applicant Name (Nombre del Solicitante)	Applicant Last Name (Apellido)	Suffix (Sufijo)
Address (Dirección)	City (Ciudad)	Zip Code (Código Postal)

State the gross income for household members, 18 years and older, who have no documentation of the income received in the 30 day period prior to the date of application for assistance:

(Declarar el ingreso recibido por los miembros de su hogar, que tienen 18 años o más, y que no tienen documentación de ingresos por los 30 días antes del aplicar para asistencia)

Name (Nombre)	Gross Income Received (Ingreso Bruto Recibido)
Name (Nombre)	Gross Income Received (Ingreso Bruto Recibido)
Name (Nombre)	Gross Income Received (Ingreso Bruto Recibido)
Name (Nombre)	Gross Income Received (Ingreso Bruto Recibido)

My household has no documented proof of income due to the following situation:
(Mi hogar no tiene prueba para documentar los ingresos por debido por tal razón):

<p>• RAZON: _____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>

- I certify that the above information is true and correct to the best of my knowledge and belief. (Certifico que la información anterior es verdadera y correcta a mi leal saber y entender.)
- I understand that the information will be verified to the extent possible; and that I may be subject to prosecution for providing false or fraudulent information. (Entiendo que la información será verificada en la medida de lo posible; y que puedo estar sujeto a enjuiciamiento por proporcionar información falsa o fraudulenta.)
- **(Applicant Signature/Firma del Solicitante)** **(Date/Fecha)**

	/ / 2024
--	----------

Opportunities

for Williamson & Burnet Counties

FORMA SAVE

Para Electricidad - Gas Natural - PROPANO O AGUA ASISTENCIA

DOCUMENTO REQUERIDO para Asistencia de Energía y Agua- Proporcione la información solicitada para cada miembro del hogar.

DEPARTAMENTO DE VIVIENDA Y ASUNTOS COMUNITARIOS DE TEXAS

Formulario de Verificación del Estado del Hogar

Programa de Verificación Sistemática de Extranjeros para la Otorgación de Beneficios (SAVE)



Formulario de Certificación del Ciudadano/Nacional de EEUU Solicitante para CEAP, DOE-V Subreceptores, y SHTF, ESG, HHSP, EH (subdivisión política solamente)


El programa para el cual está aplicando requiere la verificación que usted es un ciudadano de los Estados Unidos de América (EEUU), un nacional no ciudadano, o un residente legal de los EEUU. Se requiere que el solicitante proporcione documentación de su ciudadanía de los EEUU o de su estatus migratorio en los EEUU. Esta agencia utiliza el Programa de Verificación Sistemática de Extranjeros para la Otorgación de Beneficios (SAVE) para verificar el estatus migratorio de personas que no son ciudadanos de los EEUU.

Complete los tres campos abiertos a continuación adjunte prueba de ciudadanía e identificación de EE. UU:

Nombre del miembro del hogar	Ciudadano estadounidense (nacido o naturalizado) o nacional estadounidense (Yes/No)	Extranjero calificado (Si/No)	Documentación proporcionada para:	
			Ciudadanía/Extranjero Calificado	Identificación
Ex James Smith	Ex. Si	Ex. No	(OWBC para verificar)	(OWBC para verificar)

Para agregar miembros adicionales del hogar, use otra copia de este formulario.

Soy consciente de que puedo ser sometido a un proceso judicial por proporcionar información falsa o fraudulenta.

	/ /2024
Firma del Solicitante Arriba	Fecha

Firma del personal de la agencia OWBC que certifica que verificaron los documentos anteriores	Imprimir el nombre del personal de OWBC	Fecha / /2024

Para ver ejemplos de documentos aceptables, revise la página principal del paquete o nuestro sitio web para conocer las opciones detalladas: www.owbc-tx.org



Consentimiento del cliente y divulgación de información

PARA CLIENTES DE ATMOS ENERGY

MAACLink es un sistema de computadora que se utiliza localmente como Sistema de Información Administrativa de Desamparados (Homeless Management Information System, HMIS). El Departamento de Vivienda y Desarrollo Urbano (Department of Housing and Urban Development, HUD) de los EE. UU. exige que las entidades que reciben fondos de HUD utilicen un HMIS. MAACLink no está conectado electrónicamente a HUD y solo lo utilizan las entidades autorizadas. Todos los usuarios de MAACLink han recibido capacitación sobre confidencialidad y han firmado acuerdos estrictos para proteger la información personal de los clientes y limitar su uso debidamente.

Hay un Aviso de privacidad disponible en las entidades participantes. Este da detalles sobre la manera en que las entidades y sus empleados manejan la información de clientes y comparten los datos.

Doy permiso a OPPORTUNITIES FOR WILLIAMSON & BURNET COUNTIES (nombre de la entidad) para recopilar e ingresar mi información personal y de núcleo familiar en el sistema de computadora MAACLink.

1. Entiendo que el sistema MAACLink es compartido y utilizado por entidades autorizadas en mi comunidad para:
2. Evaluar las necesidades de los desamparados, personas de bajos ingresos o con necesidades especiales con el fin de brindar una mejor asistencia y mejorar sus situaciones actuales y futuras.
3. Mejorar la calidad de la atención y el servicio para la gente que lo necesite.
4. Hacer seguimiento de la eficacia de la labor comunitaria para responder a las necesidades de las personas que han recibido asistencia.
5. Reportar datos generalizados que no identifican personas específicas ni sus datos personales.

Entiendo que:

- Todas las entidades que usan MAACLink tratarán mi información de manera profesional y confidencial.
- Firmar este formulario de divulgación no garantiza que yo vaya a recibir asistencia.
- Puede compartirse mi información con terceros (empresas de servicios públicos, arrendadores, etc.) con el fin de procesar el servicio que he solicitado.
- Tengo derecho a recibir una copia impresa de mi archivo de MAACLink.

(Opcional) Marque esta casilla para dar su consentimiento acerca de que se coloque su foto en MAACLink.

Nombre del cliente	Firma del cliente	Fecha (con letras de molde)

Nombre del representante de la entidad	Firma del representante de la entidad	Fecha (con letras de molde)

Representante de la entidad:

Marque esta casilla si no pudo obtener la firma del cliente y recibió en cambio el consentimiento verbal.

Cada entidad de MAACLink le pedirá firmar este formulario al menos una vez al año. Si después de dar su consentimiento usted decide que ya no desea que se ingrese su información en MAACLink, por favor complete el Formulario de revocación del cliente. Si usted no revoca esta autorización, vencerá automáticamente el _____ o un año después de la fecha en que firme y feche este formulario.