



MID-COLUMBIA STARR PROGRAM

El Fondo de Ayuda de Mid-Columbia STARR es una asistencia de alquiler disponible para personas que tienen ingresos medios del área del 80% o menos y han experimentado una pérdida de ingresos, condiciones de salud comprometidas, riesgo de perder su vivienda, o diagnosticados o expuestos a COVID-19, y / o si se tubo que mover a otro lugar para tomar precauciones de la salud pública y reducir la propagación de COVID-19. MCHA está administrando este programa en nombre de la Agencia de Mid-Columbia Community Action Agency (MCCAC).

Los fondos están disponibles para cualquiera o todos los siguientes gastos elegibles incurridos 04/01/2020-06/30/2021:

- Pagos de renta, esto incluye renta del futuro, vencidos y también cargos por pagos atrasados.
- Espacio de renta de casas prefabricadas ("renta de lotes") o espacio de RV para viviendas primarias

Para acceso de esta asistencia, por favor:

1. Complete toda la aplicación. No deje espacios vacíos y asegúrese que someta toda la información.
2. Para que esto proceso sea rápido por favor de incluir documentos verificados, especialmente pruebas de ingresos de los últimos 30 días, la copia del contrato de arrendamiento actual, y otros documentos relacionados con su estado de vivienda.
3. Después de completar la aplicación por favor de entregarla a Mid-Columbia Housing Authority por correo, fax, correo electrónico o buzón fuera de nuestra oficina. Los solicitantes serán considerados en orden de fecha y hora de cuando recibamos la aplicación.
4. Después de que MCHA reciba su aplicación, MCHA la revisará y completará las verificaciones requeridas. MCHA le llamará con preguntas para proceder.
5. El pago se realizará directamente a su propietario o compañía de utilidad en su nombre.

Lista de requisitos para completar su aplicación:

- Aplicación
- Ingresos de los últimos 30 días
- Arrendamiento que muestra la cantidad de su renta
- Afirmación de su propietario que muestre el estado de su renta y las tarifas vencidas
- Copias de tarjetas de Seguridad Social
- Autoridad de Liberación de Información de MCHA (incluida en la aplicación)
- Autoridad de Liberación de información ROCC HMIS (incluida en la aplicación)

Si tiene preguntas o necesita ayuda para llenar la aplicación Comuníquese al 541-296-5462 o por email info@mid-columbiahousingauthority.org Gracias.



Nombre y Apellido: _____

Domicilio: _____

Telefono: _____ Telefono alternativo: _____

Correo Electronico: _____

1. **Composición del Hogar:** Indique el solicitante de familia y todos los demás miembros que viven en su hogar. Dar la relación de cada miembro con el solicitante de familia.

# de Seguro Social	Apellido	Nombre	Sexo	Relación a Solicitante	Fecha de nacimiento

2. **Ingresos:** Listar todos los ingresos de todos los miembros adultos del hogar mayores de 18 años. No liste los ingresos obtenidos por los miembros del hogar que son menores o estudiantes de tiempo completo. Adjunte la verificación de ingresos de los últimos 30 días (recibos de sueldo, carta de concesión de SSI, etc.). Si no se incluye la documentación de ingresos, se retrasarán los fondos.

Nombre del Miembro del hogar	Fuente de Ingresos	Cantidad por mes

3. **Impacto de COVID-19:** porfavor de marcar la caja que mejor describa el impacto que COVID-19 ha tenido en su hogar.

- Perdida de ingresos relacionados con COVID-19
- Directamente afectado de negocios cerrados por COVID-19
- Diagnosticado o expuesto a COVID-19
- Alto riesgo de infeccion o vulnerable de salud relacionado de COVID-19.
- ha incurrido en un costo significativo o experimentó una dificultad financiera debido a COVID-19



4. **Estado de la vivienda:** marque la caja y ponga sus iniciales a continuación para verificar su reciente situación de vivienda.

Hogar inestable debido a COVID-19

- Esto significa que corre el riesgo de perder su vivienda y que se le notificó que desocupe la residencia o que demuestre un alto riesgo de perder la vivienda; Y
- Falta de recursos o redes de apoyo para obtener otra vivienda permanente

 INICIALES Verifico que la declaración anterior coincide con mi situación de vida actual. No tengo ningún otro recurso para evitar que pierda mi vivienda y no he recibido ni recibiré ninguna otra asistencia para los gastos que se detallan a continuación.

4. **Solicitud de fondos:** Complete la información sobre el propietario o la compañía de utilidades y luego complete el tipo de asistencia que solicita. Necesitamos una copia de su contrato de arrendamiento que muestre la cantidad de su renta. Si tiene renta necesitamos una declaración del arrendador que muestre la cantidad adeudada incluyendo los pagos atrasados.

Nombre de Propietario		Informacion de Contacto (telefono o correo electronico)	
Tipo de asistencia	Meses Solicitados	Cantidad por Mes	Total
Renta (de ahora o futura)			
Renta Vencida			
Cargos por pagos atrasados (renta)			

Certificación del Solicitante: Entiendo que la información que se requiere de mi es para determinar si soy elegible para recibir fondos del Fondo de Ayuda COVID-19 de Mid-Columbia. Autorizo al Coordinador del programa a verificar toda la información provista en esta aplicación y autorizo al Coordinador del programa, la Autoridad de Vivienda de Mid-Columbia, el Consejo de Acción Comunitaria de Mid-Columbia u otra agencia de servicio local para analizar mi hogar en lo que respecta a este programa.

Firma de Solicitante: _____ Fecha: _____



Autorización para

Liberar

información

**Para Los Fondos del Programa
STARR de Mid-Columbia**

Yo, _____, solicitante de los fondos de ayuda STARR de Mid-Columbia, autorizo a la Autoridad de Vivienda de Mid-Columbia, el Consejo de Acción Comunitaria de Mid-Columbia y otra Agencia de Servicio Público local (PSA) _____, y sus representantes y empleados autorizados a compartir la identidad, ubicación, estado de los servicios sociales y cualquier otra información pertinente sobre mi hogar.

Además, autorizo a la Autoridad de Vivienda de Mid-Columbia, el Consejo de Acción Comunitaria de Mid-Columbia y específicamente que PSA divulgue la misma información a los Servicios de Vivienda y Comunitarios de Oregon (OHCS) y al Continuum Care of Oregon Rural (ROCC). Entiendo que la Autoridad de Vivienda de Mid-Columbia, el Consejo de Acción Comunitaria de Mid-Columbia y el PSA pueden divulgar esta información a OHCS o ROCC con el propósito de coordinar, evaluar y otras actividades asociadas con la administración de estos fondos.

Entiendo que ni Mid-Columbia Housing Authority, Mid-Columbia Community Action Council, PSA, OHCS ni ROCC me identificarán a mí ni a ningún otro miembro de mi hogar por nombre, dirección o número de teléfono 1) a otras agencias de servicios sociales, excepto para promover el propósito de coordinar actividades asociadas con la administración de estos fondos, o 2) a cualquier otro miembro del público o la prensa para cualquier propósito sin mi aprobación adicional específica. Sin embargo, autorizo a la Autoridad de Vivienda de Mid-Columbia, el Consejo de Acción Comunitaria de Mid-Columbia, el PSA, OHCS y ROCC a divulgar información de perfil descriptiva sobre mí y mi hogar en relación con estos fondos.

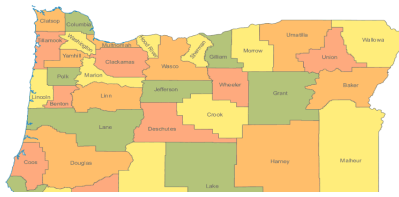
FIRMA:

Solicitante

Fecha

Esta divulgación de información es válida por un año a partir de la fecha de la firma, o hasta que se rescinda.





Condados miembro: Baker, Benton, Clatsop, Columbia, Coos, Curry, Douglas, Gilliam, Grant, Harney, Hood River, Josephine, Klamath, Lake, Lincoln, Linn, Malheur, Marion, Morrow, Polk, Sherman, Tillamook, Umatilla, Union, Wallowa, Wasco, Wheeler, Yamhill

Sistema de Información para la Gestión de Personas sin Vivienda (HMIS) del Programa de Continuidad de Cuidados para las Comunidades Rurales de Oregon (ROCC)
Consentimiento del cliente para divulgar información para el uso compartido de datos en la Zona de Influencia del Estado en Comunidades Rurales de Oregon

El Sistema de Información para la Gestión de Personas sin Vivienda (HMIS, por sus siglas en inglés) del Programa de Continuidad de Cuidados para las Comunidades Rurales de Oregon es un sistema informático que se emplea para recopilar y compartir información sobre la falta de vivienda y los servicios sociales en toda la Zona de Influencia del Estado en Comunidades Rurales de Oregon. La información recopilada por Mid-Columbia Housing Authority y el HMIS permite que las agencias planifiquen y presten servicios para ayudar a las personas necesitadas. Al compartir información entre ellas, las agencias pueden simplificar la prestación de servicios al coordinar servicios y remisiones entre agencias.

Mantener la privacidad y la seguridad de las personas que están usando nuestros servicios es muy importante para nosotros. El HMIS funciona de acuerdo con todas las leyes y los códigos federales y estatales, incluida la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico (HIPAA, por sus siglas en inglés). Cada persona y agencia con autorización para leer o ingresar información en la base de datos ha recibido capacitación sobre las políticas de confidencialidad de los clientes y ha firmado un acuerdo para mantener la seguridad y la confidencialidad de la información. Toda persona o agencia que se descubra que ha infringido dicho acuerdo podría dejar de tener derecho al acceso y recibir sanciones adicionales.

No se le negarán los servicios si usted decide no compartir información. Aun así, se recopilará e ingresará información como resultado de los requisitos federales y estatales. **En todo el HMIS, se comparte una cantidad de información determinada del cliente a fin de evitar la creación de registros duplicados sobre este.** Las personas autorizadas por el HMIS que pertenecen a agencias comunitarias participantes podrán ver los siguientes datos en todos los registros de los clientes:

- Nombre
- Condición de veterano
- Apellido
- Sexo
- Fecha de nacimiento
- Número de Seguro Social (obligatorio para servicios específicos)

Lea las siguientes afirmaciones y consulte al personal de la agencia si tiene alguna pregunta:

ENTIENDO QUE:

- No se me negarán los servicios si no deseo compartir mis datos más allá de los requisitos mínimos.
- La divulgación de mi información no garantiza que vaya a recibir asistencia.
- Las agencias asociadas compartirán mi información de identificación básica (nombre, fecha de nacimiento, condición de veterano, sexo, número de Seguro Social) a fin de mejorar la prestación de los servicios y reducir la obtención de datos duplicados.
- Ni los detalles sobre los programas en los que participe ni la información que comparta con la agencia se divulgarán a ningún tercero a menos que brinde autorización por escrito o bien lo exija la ley. Debemos reportar cierta información debido a nuestros requisitos federales, estatales o de financiación.
- Esta autorización permanecerá vigente durante 7 años a menos que la revoque por escrito al firmar una declaración por escrito o un formulario de revocación.
- Comprendo que puedo anular mi consentimiento para compartir datos en cualquier momento. No obstante, hacerlo no modificará la información que ya se divulgó ni las acciones ya tomadas. La revocación entrará en vigor a partir de esa fecha.

- Tengo derecho a ver mi expediente del HMIS, pedir cambios y a que esta agencia me entregue una copia de mi expediente si lo solicito por escrito.
- Tengo derecho a presentar una queja si siento que he recibido algún perjuicio al usar el HMIS.
- Tengo derecho a recibir una copia del Aviso a los clientes sobre los usos y las divulgaciones del HMIS.

Mantener la privacidad y la seguridad de las personas que están usando nuestros servicios es muy importante para nosotros. Solo compartiremos su expediente si nos da permiso de hacerlo. Es posible que existan riesgos y/o beneficios que deba tomar en cuenta antes de decidir si autoriza o no la divulgación de información.

Al anotar sus iniciales a continuación, usted acepta compartir el siguiente nivel de información de su persona y de todos los miembros del grupo familiar que figuran a continuación con otras agencias asociadas del HMIS de la Zona de Influencia del Estado en Comunidades Rurales de Oregon.

____ 1) Además de los datos obligatorios mínimos (nombre, fecha de nacimiento, condición de veterano, número de Seguro Social), **acepto compartir** información demográfica adicional (incluida la raza y el origen étnico), información de inscripción y salida del programa, información sobre la naturaleza de mi situación, servicios y remisiones que reciba e información de contacto a través del HMIS de la Zona de Influencia del Estado en Comunidades Rurales de Oregon con otras agencias asociadas del HMIS de la Zona de Influencia del Estado en Comunidades Rurales de Oregon.

____ 2). Más allá de los datos obligatorios mínimos (nombre, fecha de nacimiento, condición de veterano, número de Seguro Social), **NO acepto compartir** información adicional a través del HMIS de la Zona de Influencia del Estado en Comunidades Rurales de Oregon con otras agencias asociadas del HMIS de la Zona de Influencia del Estado en Comunidades Rurales de Oregon.

Enumere los nombres y las fechas de nacimiento de todos los miembros del grupo familiar que participen de los servicios:

Nombre del cliente/padre/madre o tutor (en letra de imprenta) Firma del cliente/padre/madre o tutor Fecha

Si corresponde:

Nombre de un adulto adicional (en letra de imprenta) Firma del adulto adicional Fecha

**Nombre del miembro del personal de la agencia (en letra de imprenta) Firma del
miembro del personal de la agencia Fecha**
