



PARA RECIBIR LOS SERVICIOS DE FRESHPLACE, USTED DEBE:

- **Vivir en el área de Hartford**
- Tener entre dieciocho (18 años) y sesenta (60 años)
- Cumplir con los requisitos de elegibilidad del Programa de Asistencia Alimentaria de Emergencia (TEFAP).
(Ver última página Formulario TEFAP)
- **No están en Discapacidad**
- **Dispuesto a completar un plan de Metas Individuales. Este es un programa a corto plazo con un promedio de 18 meses.**
- **Identificación con foto**
- **Comprobante de TODOS los miembros del hogar (certificado de nacimiento o carta SNAP solamente)**
- **Copia de la factura de luz activa (si no hay factura de luz-Copia del contrato de arrendamiento activo)**
- **Copia de ingresos, dinero en efectivo de Saga, empleo, etcétera de desempleo (semanal-4 recibos de pago, quincenal-2 recibos de pago, hoja de presupuesto o historial de solicitudes de desempleo)**

Adjunto encontrará una solicitud para el Programa Freshplace de Chrysalis Center, Inc. Puede hacer copias según sea necesario. Una vez que complete la solicitud con el cliente, envíe el **formulario completo** por correo o fax.

Lugar fresco
255 Avenida Homestead
Apartado de correos 320613
Hartford, CT 06132
Teléfono: (860) 263-4698
Fax: (860) 263-4695

LA RECEPCIÓN DE LA SOLICITUD NO GARANTIZA LA ACEPTACIÓN EN EL PROGRAMA.

CADA SECCIÓN DE LA SOLICITUD DEBE SER COMPLETADA



Fecha de solicitud:

Fuente de referencia:

Proporcione la información del profesional de referencia a continuación:

Nombre _____ Agencia/Programa: _____ Teléfono: _____

Dirección: _____ Ciudad: Hartford Código postal: _____ Correo electrónico: _____

Información de la aplicación:

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____ Seguridad social: _____

Dirección actual: _____ Ciudad: Hartford Código postal: _____

Teléfono: () Teléfono: () Correo electrónico: _____

Alias: _____ Género: M F Identidad de género: _____

Religión: _____ Idioma principal: _____ Lengua Secundaria: _____

Raza: Asiático Negro / Afro/Americano Nativo de Hawái/otras islas del Pacífico Desconocido Nativo americano o nativo de Alaska Blanco/Caucásico Otro (especifique)

Origen étnico:

Hispanos-Otros No hispanos
 Hispano-Puertorriqueño Hispano-Mexicano
 Hispano-cubano Desconocido

Estado civil: Casado Nunca se casó Separado Divorciado/Anulado Viudo
 Unión civil Otro Desconocido

Estado militar: ¿Es usted un veterano? Sí Sin rama de servicio:

Contacto de emergencia:

Nombre: Dirección: Ciudad: Hartford Código postal:

Teléfono de casa: () Teléfono del trabajo: () Relación:

Cuántas personas viven en su casa: **(Incluido el solicitante)**

Dependientes: Sí No (En caso afirmativo, # de dependientes: Edades de los dependientes:

Nombre de los dependientes: _____ Fecha de nacimiento: _____ Edad: _____
Sexo: _____

Nombre de los dependientes: _____ Fecha de nacimiento: _____ Edad: _____
Sexo: _____

Nombre de los dependientes: _____ Fecha de nacimiento: _____ Edad: _____
Sexo: _____

Vocacional / Educativo:

Nota más alta obtenida en la escuela:

Escuela de Comercio / Colegio (Incluya los nombres de las escuelas, cursos, años asistidos y / o completados):

¿Está empleado actualmente? Sí No

(En caso afirmativo, indique el nombre del empleador, las fechas de empleo, el título del trabajo, las funciones y el salario)

Nombre del empleador: Título del trabajo: Sueldo:

Funciones del puesto:

(Si la respuesta es no, ¿cuánto tiempo ha pasado desde que estuvo empleado?)

Médico:

Sin seguro médico Medicare Medicaid estatal Otros Seguros Privados

Pago por cuenta propia Otros (especifique) Desconocido

Financiero:

Fuente de ingresos Cantidad por mes Fuente de ingresos Cantidad por mes

Empleo PT Empleo FT
 Cero ingresos Beneficios de VA
 Desempleo Jubilación
 SSI/SSDI Otro

Monto de Asistencia Pública por Mes

- SAGA
- TANF
- SSI
- SSDI
- Suplemento Estatal
- Cupones de alimentos

- Derechos pendientes
- Otro

Expensas:

- Manutención de los hijos
- Préstamo estudiantil
- Pensión alimenticia
- Otro

¿Tiene alguna factura pendiente que no haya pagado? (por ejemplo, servicios públicos) Sí No

Enumere el gasto y el monto adeudado:

Salud mental

¿Alguna vez has necesitado servicios de salud mental? Sí No

¿Alguna vez te han diagnosticado un problema de salud mental? Sí No

¿Le gustaría que le pusieran en contacto con un proveedor de salud mental? Sí No

Información del proveedor:

Consumo de sustancias

¿Alguna vez ha necesitado servicios de abuso de sustancias? Sí No

¿Eres actualmente abstinente de sustancias? Sí No Es sí, ¿cuánto tiempo?

¿Le gustaría que le pusieran en contacto con un proveedor de tratamiento para el consumo de sustancias?
Sí No

Información del proveedor:

Vivienda

¿Actualmente no tiene hogar o corre el riesgo de quedarse sin hogar? Sí No

En caso afirmativo, explique:

Si actualmente no tiene hogar, ¿cuánto tiempo ha durado este episodio de personas sin hogar?

Situación de vida actual

- Alquilar un apartamento (arrendatario)
- Residencia privada (es propietario de la residencia)
- Ocupación de habitación individual (Hotel, YMCA, Casa de huéspedes)
- Dormir en un sofá
- Residir con un familiar
- Residir con un amigo
- Refugio para víctimas de violencia doméstica
- Refugio
- Sin hogar en la calle
- Otros: especifique:

Legal

¿Está actualmente en: Libertad condicional Libertad provisional Tampoco

En caso afirmativo, explique:

¿Necesitas apoyo legal? Sí No En caso afirmativo, sírvase explicar

¿Necesitas ayuda con lo siguiente? Por favor, seleccione todas las que correspondan

- | | | | |
|---|------------------------------------|--|--|
| <input type="checkbox"/> Derechos/beneficios estatales o federales
energética, etcétera) | <input type="checkbox"/> Educación | <input type="checkbox"/> Otras asistencias (servicios públicos, asistencia
pública) | <input type="checkbox"/> Empleo |
| <input type="checkbox"/> Atención médica | | <input type="checkbox"/> Cocina, compras, nutrición | |
| <input type="checkbox"/> Servicios de Salud Mental
sustancias | <input type="checkbox"/> Víveres | <input type="checkbox"/> Servicios/tratamiento para el abuso de
sustancias | <input type="checkbox"/> Presupuestación |
| <input type="checkbox"/> Cuidado de niños | | <input type="checkbox"/> Vivienda | |
| <input type="checkbox"/> Legal (penal, Financiero Familiar) | | <input type="checkbox"/> Otro | |

Por favor, cuéntanos cualquier otra cosa en la que te gustaría trabajar:

Solicitante: _____

Describa sus mayores fortalezas, dones y habilidades:

¿Cuáles son sus tres objetivos más importantes mientras está en el programa Freshplace?

¿Qué servicio te ayudará a ser más independiente?

Certifico que la información en esta solicitud es correcta y completa a mi leal saber y entender y notificaré al coordinador de cualquier cambio significativo.

Firmado: _____ **Fecha:**

Miembro o persona que hace referencia

Impresión: _____ **Fecha:** _____ **Phone**

#: _____
Miembro o persona que hace referencia

VOLVER A:
CENTRO DE CRISÁLIDA, INC.
A la atención de: Crystell Fortson
255 Avenida Homestead
Apartado postal 320613
Hartford, CT 06132

Teléfono: 860-263-4698 Fax: 860-263-4695
Visítanos en: www.chrysaliscenterct.org