



Lista de verificación para una solicitud completa

- ☐ Solicitud completa
- ☐ Comprobante de ingresos (tres meses inmediatos previos al incidente)
- ☐ Estados financieros (bancario o de inversión) (tres meses inmediatos previos al incidente)
- ☐ Comprobante del monto de la renta
- ☐ Identificaciones válidas de todos los adultos
- ☐ Divulgación de información por parte del proveedor de asistencia temporal para personal desplazadas

Cómo presentar una solicitud

Por correo postal:

HSA Disaster Preparedness and Response
P.O. Box 7988,
San Francisco, CA 94120-7988

Correo electrónico:

HSAFireResponse@sfgov.org

Para los correos electrónicos, escriba en el asunto, *"Temporary Assistance for Displaced Persons (TADP) - Application."*
[*"Solicitud de Asistencia Temporal para Personas Desplazadas (TADP)"*].



Asistencia Temporal para Personas Desplazadas

Solicitud

Nombre del cliente		
Nombre	Segundo nombre	Apellido
Información de contacto		
Teléfono	Correo electrónico	

Información de contacto

¿Habla un idioma principal distinto del inglés?	☐ Sí, especifique qué idioma: _____
	☐ No

Información sobre el incidente

Fecha del incidente:			
Tipo de incidente:	☐ Incendio ☐ Orden para desalojar debido a condiciones inhabitables		
Dirección del incidente:	Dirección _____ Número de la unidad o del depto. _____ San Francisco, CA 941 _____		
Número de habitaciones:	¿Cuánto tiempo ha vivido en esta dirección? ____ años ____ meses	Renta \$ _____	
Estudio u ocupación de una sola habitación (Single Room Occupancy, SRO) ☐		Subsidio para la renta	
1 habitación ☐		¿Cuenta con seguro para arrendatarios o de propietario? ☐ Sí ☐ No	
2 habitaciones ☐			
3 habitaciones ☐			
4 o más habitaciones ☐			
Información de la administración de la propiedad:	Nombre:		
	Número de teléfono:		
	Correo electrónico:		



Nombre <i>Mencionar primero a la persona de contacto principal</i>	Relación <i>Cónyuge Pareja Hijo(a) Miembros de la familia extendida Compañero de cuarto</i>	Número de teléfono	Fecha de nacimiento (Date of Birth, DOB)	Sexo <i>Hombre Mujer Mujer transgénero Hombre transgénero Queer No binario En cuestionamiento No se menciona Prefiero no responder</i>	Orientación Sexual¹ <i>Bisexual En cuestionamiento Gay o lesbiana Heterosexual No se menciona Prefiero no responder</i>	Lugar donde vive actualmente <i>Hotel Refugio Amistad Familia</i>
Mascotas		Tipo de animal		¿El animal es un animal de servicio certificado o de compañía?		
¿Existen necesidades especiales que deban ser atendidas?						

1. Orientación sexual e identidad de género: la Ordenanza 159-16 de San Francisco (SF) enmienda el Código Administrativo que establece que los departamentos y contratistas de la ciudad proporcionen cuidado de la salud y servicios sociales para buscar, recopilar y analizar datos relativos a la orientación sexual e identidad de género de los clientes a los que presta servicio.

Ingresos de la familia y recursos activos (no incluya a menores de 18 años)



Nombre de la fuente de ingresos	Adulto 1: Monto mensual	Adulto 2: Monto mensual	Adulto 3: Monto mensual
Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (Temporary Assistance for Needy Families, TANF)/CalWORKs			
Programas de Asistencia para Adultos del Condado (CAAP)			
Seguridad de Ingreso Suplementario (Supplemental Security Income, SSI)/Seguro de Incapacidad del Seguro Social (Social Security Disability Insurance, SSDI)			
Empleo			
Desempleo			
Otro (mencione la fuente):			
Ingreso total mensual de todos los miembros de la familia:			

Conexiones de servicios domésticos

¿Cuál es el ingreso total de la familia?

\$

Tipo de cuenta	Adulto 1: Monto actual	Adulto 2: Monto actual	Otro miembro de la familia: Monto
Cuenta corriente			
Ahorros			
Acciones			
Certificados de depósito (Certificates of Deposit, CD)			
Otro ingresos en efectivo, inversiones o recursos financieros (<i>especifique</i>):			
Monto total disponible:			

¿Cuáles son los activos totales de la familia?

\$



Comentarios

Servicio	Adulto 1	Adulto 2	Adulto 3
Medicaid			
CalFresh			
MediCal			
Administración de casos			

¿Tiene comentarios adicionales?

☐ Según mi leal saber y entender, toda la información proporcionada es verdadera y precisa.

Firma _____ Fecha _____

Firma _____ Fecha _____

Firma _____ Fecha _____

Únicamente para uso administrativo

Recibido por: _____ Fecha de recepción: _____

Determinación de elegibilidad: Aprobado ☐ Rechazado ☐ Inicial: _____ Identificación del caso: _____