



Requisitos de admisión

Si soy aceptado en el programa de Compassion Ministries estoy de acuerdo a (favor de marcar):

Diariamente:

- Mantener mi apartamento ordenado.
- Estar en mi propio apartamento a las 10:00 p.m. en los de la semana y a las 11:00 p.m. en los fines de semana (al menos que esté trabajando o tenga un pase).
- Mantener todas las visitas fuera de mi apartamento. Sé que mis visitas pueden entrar a la área de visitas o lobby o en el exterior de 5:30-9:30 p.m. de lunes a viernes y de mediodía-9:30 p.m. los sábados y domingos.
- Realizo mi tarea asignada todos los días de la semana para mantener limpias las áreas dentro y fuera del edificio. Sé que al no completar mi tarea, recibiré una advertencia por escrito (3 advertencias = despido del programa).

Semanalmente

- Informe de todo el dinero que recibo durante mi estancia en Compassion Ministries.
- Asistir a una reunión (generalmente los jueves) sobre el presupuesto cada semana con mis co-asociados (los voluntarios de la comunidad) y entregar a ellos todos los recibos de todo lo que compro.
- Reunite con Barbara todas las semanas (generalmente los lunes). En estas reuniones semanales, voy a entregar una copia de cualquiera de las cartas para beneficios o talones de pago para empleo, u otros documento que reciba durante mi instancia de el programa incluido de Estampias, y Medicaid. También, entregar una copia de mi horario de trabajo (cada semana si cambia).
- Escoge una tarea de Life Skill cada semana. Life Skills pueden ser asistencia a las clases de ingles, la conseregia, o otros tipos de clases.
- Seque una cleaning checklist y seguira mantiendo mi apartamento limpio cada semana para la inspección (generalmente los domingos).

Cada Mes

- Encuentre trabajo tiempo completo (por lo menos 35 horas cada semana) adentro de 30 dias de entrar en este programa.
- Pague una tarifa única de servicios públicos no reembolsable de \$ 100 antes de que se pague el dinero por el alquiler.
- Pague el alquiler antes del 1 de cada mes. El alquiler se basa en el ingreso (mínimo de \$ 400 por mes) y acepto llevar cada cheque de pago u otro ingreso al director. El director esperará la mitad de mis ingresos recibidos por el alquiler hasta que se pague la renta en su totalidad. (Una vez que el alquiler se haya pagado por completo, la renta solo será de aproximadamente 1/3 del ingreso total y se pagará el 1 de cada mes).
- Asiste una reunion cada mes (ahora los lunes en la tarde) para todos los residentes que viven aquí (si no estoy trabajando).

Al mudarse

- Pasar una evaluación de alcohol y drogas
- Pague \$ 100 por el depósito de seguridad del apartamento.
- Traiga el (los) documento (s) de verificación de personas sin hogar.

Firma

Fecha

Compassion Ministries Application Intake

Nombre: _____ **# de Seguro Social:** _____ Femenino Masculino
Cabeza de familia? Sí No **Si no, el nombre del jefe del hogar:** _____ **Fecha de nacimiento:** _____
ID o DL#: _____ **Estado:** _____ **Expira:** _____ **¿Está usted embarazada?** Sí No
Email: _____ **Teléfono Móvil:** _____ **¿Es usted un veterano?** Sí No

¿Tiene un coche?: Sí No
 En caso afirmativo, Tipo _____ Modelo _____ Color _____ Numero de Placas _____

Ethnicidad: Hispana No Hispana

Remisión:

Raza: (Marque todo lo que corresponda)

- Americano nativo / alaskana nativo
- Asiana
- Negro / afroamericano
- Hawaii / otra isla del Pacífico
- Blanco

¿Cómo aprendiste acerca de los Ministerios de Compasión?

- Amigo/familia
- Iglesia
- 2-1-1/Otra agencia: _____
- De la computadora
- Otra residente: _____

Educación:

1. Grado más alto completado (marque uno): 6 7 8 9 10 11 12

¿Se graduó de la escuela secundaria o recibir un GED? Sí No

Nombre de la escuela secundaria: _____

2. Colegio Técnico ¿Dónde? _____ ¿Cuándo? _____

Años de estudio _____ Mayor _____

3. Formación especiales / Habilidades:

Vivienda:

¿De dónde durmio anoche? _____ Duración de la estancia: _____

Situación de la vivienda (marque uno)

- Sin hogar
- En riesgo de perder la vivienda / falta de vivienda
- Huyendo de la violencia doméstica

¿Por cuánto tiempo? (marque uno)

- Menos de una semana
- Más de una semana, pero menos de un mes
- Más de tres meses, pero menos de un año

¿Ha estado sin hogar antes? Sí No

Período de tiempo en la calle, en un refugio de emergencia, o hotel: _____

Número de veces que ha sido sin hogar en los últimos 3 años? _____

¿Se ha alojado en Compasión Ministerios antes? Sí No

En caso afirmativo, ¿cuándo? _____

¿Ha vivido en las viviendas de gobicano antes? Sí No

En caso afirmativo, ¿cuándo? _____ ¿Dónde? _____

¿Debe dinero? Sí No ¿Cuánto? _____

¿Alguna vez has roto un contrato de alquiler o arrenda miento, o has sido desalojado? Sí No

En caso afirmativo, ¿cuándo? _____ ¿Dónde? _____

¿Debe dinero? Sí No ¿Cuánto? _____

Compassion Ministries

Application Intake

Fuentes de ingresos: (marque todas las que se aplican a usted)

- | | | |
|-----------------------------------------------|---------------|----------|
| <input type="checkbox"/> Ingreso del Trabajo | Monto mensual | \$ _____ |
| <input type="checkbox"/> TANF | Monto mensual | \$ _____ |
| <input type="checkbox"/> Mantamiento de niños | Monto mensual | \$ _____ |
| <input type="checkbox"/> Beneficios Veteranos | Monto mensual | \$ _____ |
| <input type="checkbox"/> SSI/SSDI | Monto mensual | \$ _____ |
| <input type="checkbox"/> Otros (explicar) | Monto mensual | \$ _____ |

¿Aplicó para SSI o SSDI? Sí No

Fecha de aplicación: _____

Beneficios No-Cash: (marque todas las que se aplican a usted)

- SNAP (estampias de alimentos) cantidad mensual: _____
- WIC (Mujeres, Bebés, Niños)
- CCS (Servicios de Cuidado Infantil)
- Adultos Medicaid

Historia de Empleo:

¿Trabaja? Sí No

1. Empleo actual: _____

Dirección: _____

Tiempo completo (> 35 hrs / sem) Tiempo parcial Permanente Temporal

Le paga: Cada semana Cada 15 días Cada mes

2. ¿Cuánto cada hora or día?: _____

Si no está trabajando, ¿dónde presentar las solicitudes la semana pasada? _____

3. Empleo Anterior:

A.Nombre De Empresa _____

Fecha de Inicio ____ Fecha de finalización ____ Número medio de horas trabajadas cada semana ____

B.Nombre De Empresa _____

Fecha de Inicio ____ Fecha de finalización ____ Número medio de horas trabajadas cada semana ____

Información Bancaria:

Cuenta bancaria: Sí No

En caso afirmativo, (marque todo lo que corresponda):

- Comprobación Tarjeta de débito
- Ahorros Tarjeta de crédito

Nombre del banco: _____

Compassion Ministries

Application Intake

Situación legal:

¿Ha sido **arrestado** en el pasado? Sí _____ No _____

¿Dónde ocurrió delito?

¿Cuándo?

De que era la ofensa:

Está de Probation o Parole? Sí No Nombre y teléfono del supervisor: _____

Información médica:

Seguranza: (marque todo lo que aplique a ti)

- Ninguna
- Seguro privado del empleo
- Medicaid para adultos
- Tarjeta de Buena Salud

Pasado y medicina actual:

1. ¿Cuál medicina esta tomando ahora: _____
2. ¿Alguna vez ha estado con sed enfermedad mental? Sí No
¿Cuándo? _____ Diagnosis: _____
3. ¿Alguna vez ha estado un cliente de MHMR? Sí No ¿Cuándo? _____
4. ¿Ha sido admitido de DePaul o el Austin State Hospital? Sí No
¿Cuándo? _____

Abuso de Sustancias / Tratamiento

1. ¿Cuándo fue la última vez que utilizó drogas o alcohol? _____
¿Qué fue? _____
2. ¿Alguna vez ha admitido a cotización o completado un programa de tratamiento de drogas / alcohol?
 Sí No ¿Cuándo? _____ ¿Dónde? _____ ¿Por cuánto tiempo? _____

Nombre de Contacto de Emergencia:

Nombre/Relación: _____
Teléfono: _____
Dirección: _____

Nombre de un Familiar:

Nombre/Relación: _____
Teléfono: _____
Dirección: _____

¿Tiene hijos que están con usted?:

Sí No

Complete la siguiente sección sobre ellos:

Beneficios (marque todas las que aplican a sus hijos)

- Ninguno
- WIC (Mujeres, Bebés, Niños)
- CCS (Servicios de Cuidado Infantil)
- Medicaid/CHIP
- Seguranza Privados del empleo

¿Usted ha tenido un caso de CPS? Sí No ¿cuándo? _____

Es el caso actualmente abierto en este momento? Sí No

El nombre y teléfono del trabajador: _____

Compassion Ministries

Application Intake

Los niños que están con usted:

1. Nombre completo: _____

Mujer Varon

Fecha de Nacimiento: _____ Edad: _____

Número De Seguro Social: _____

Raza:

Americano Nativo / alaskana Nativo

Asiana

Negro / afroamericano

Hawai / otra isla del Pacifico

Blanco

Ethnicidad: Hispana No Hispana

Problema medico? Sí No

En caso afirmativo, describa: _____

Medicamentos: _____

Escuela /Guadaria: _____ Teléfono: _____

Última escuela que asistió: _____ Grado: _____

Las necesidades educativas especiales: _____

2. Nombre completo: _____

Mujer Varon

Fecha de Nacimiento: _____ Edad: _____

Número De Seguro Social: _____

Raza:

Americano Nativo / alaskana Nativo

Asiana

Negro / afroamericano

Hawai / otra isla del Pacifico

Blanco

Ethnicidad: Hispana No Hispana

Problema medico? Sí No

En caso afirmativo, describa: _____

Medicamentos: _____

Escuela /Guadaria: _____ Teléfono: _____

Última escuela que asistió: _____ Grado: _____

Las necesidades educativas especiales: _____

3. Nombre completo: _____

Mujer Varon

Fecha de Nacimiento: _____ Edad: _____

Número De Seguro Social: _____

Raza:

Americano Nativo / alaskana Nativo

Asiana

Negro / afroamericano

Hawai / otra isla del Pacifico

Blanco

Ethnicidad: Hispana No Hispana

Problema medico? Sí No

En caso afirmativo, describa: _____

Medicamentos: _____

Escuela /Guadaria: _____ Teléfono: _____

Última escuela que asistió: _____ Grado: _____

Las necesidades educativas especiales: _____

Compassion Ministries

Application Intake

4. Nombre completo: _____

Mujer Varon

Fecha de Nacimiento: _____ Edad: _____

Número De Seguro Social: _____

Problema medico? Sí No

En caso afirmativo, describa: _____

Medicamentos: _____

Escuela /Guadaria: _____ Teléfono: _____

Última escuela que asistió: _____ Grado: _____

Las necesidades educativas especiales: _____

Raza:

Americano Nativo / alaskana Nativo

Asiana

Negro / afroamericano

Hawai / otra isla del Pacifico

Blanco

Ethnicidad: Hispana No Hispana

(Office use only)

Interviewer: _____

Staff Comments:

Literally Homeless

- Living in a place not meant for human habitation
- Living in a public or private shelter (incl. motels paid for by charitable organizations)
- Exiting an institution (90 days or less) and resided in shelter or place not for human habitation prior

Imminent Risk of Homelessness

- Formal eviction
- Family/friend eviction
- Exiting an institution where they resided more than 90 days
- Living in motel, paid by individuals



Public Information Request to Waco Police Department



Custodian of Records
Waco Police Department
P.O. Box 2570
Waco, Texas 76702-2570

Compassion Ministries
1421 Austin Ave.
Waco, TX 76701

Date: La fecha

In accordance with Chapter 552, Public Information, of the *Texas Government Code*, I hereby request:

- copies of the following documents (there may be a charge for the copies)
- access to review the following documents

Fill in as Completely as Possible -- Please Write or Print Legibly

... Arrest form(s) for the following person: Name Nombre
 fecha de nacimiento 2020 Sex Male Race White Driver Lic # & State Licencia
 DOB _____ Sex _____ Race _____ Driver Lic # & State _____

- All arrest forms for the named person
- Only the arrest forms for the following arrest(s):

Arrest Date _____ Offense _____
 Arrest Date _____ Offense _____

... Police narrative report(s) concerning (use back of form if more space needed):
 [give case number or describe incident and give date, location, and names of persons involved] _____

... Other: [State the type of information requesting (reports, statements, photographs, etc.). If the information concerns a specific incident, describe the incident, the date it occurred, the location where it occurred, the persons involved (giving the name, sex, race, and date of birth of the persons), etc. Use back of form if more space needed.] _____

Under Chapter 552, Public Information, the governmental body has up to 10 business days to produce the information or explain why the information cannot be produced.

SIGNATURE OF PERSON REQUESTING La firma

ADDRESS direccion

PRINT NAME OF PERSON REQUESTING El nombre completo

CITY Ciudad STATE Estado ZIP CODE Código

TELEPHONE NO. HOME telefono

TELEPHONE NO. WORK otro telefono