APLICACIÓN PARA PARTICIPAR EN EL PROGRAMA DE AUTOSUFICIENCIA FAMILIAR DEL CONDADO DE BOULDER

¿Usted esta interesado(a) en aprender el Ingles, conseguir su GED, aprender a usar la computadora, o otro tipo de educación o entrenamiento?

¡Hay un programa que quiere ayudar usted tener éxito!

FSS, Autosuficiencia Familiar, es un programa diseñado para ayudar a las familias de ingreso bajo a ganar habilidades de la educación y del trabajo para mejorar la situación financiera y la calidad total de la vida de su familia.

¿Quién Puede Participar?

FSS está abierto a las familias de ingreso bajo y a los solos padres que tenga vales de viviendas públicas o de la sección 8. En algunos casos podemos asistir a las familias que no tienen ayuda de viviendas. Se anima a los individuos interesados en perseguir la enseñanza superior para un GED, un diploma de la escuela secundaria, un certificado de entrenamiento o un grado de la universidad que se apliquen. Los candidatos pueden ser matriculado en una escuela, clase, o un programa de entrenamiento del trabajo, estén recibiendo TANF, o ser empleado.

¿Qué Puede Hacer FSS Para Usted?

El programa FSS ayuda a los participantes hacer metas educativas que conducirán para trabajos que pagaran mejor. Según las circunstancias, a veces los participantes pueden recibir ayuda con la cuota, el cuidado de niños, viviendas, el transporte, y la ayuda personal. FSS no proporciona estos servicios directamente, sino coordenada las ayudas, y tiene acceso a recursos ya existentes en la comunidad.

¿Cómo Funciona FSS?

El primer paso es llenar **la aplicación** y mandarla por el correo al FSS, todas las formas deberían estar completadas. Es crítico que todas las formas estén enviadas juntas o el proceso será retrasado. Cuando el FSS recibe las formas, usted será invitado asistir una entrevista con el personal de FSS para determinar si usted es capacitado para el programa. Si usted es aceptado, su nombre será escrito a una lista de esperaré de FSS. Cuando usted comienza a trabajar con FSS, usted será apoyado y dirigido a ajuste y alcance de sus metas (por ejemplo, cuidado de niños durante escuela, dinero para la cuota y los libros, etc.) El programa FSS puede durar hasta cinco años, dependiendo de las necesidades individuales de cada participante.

Para más información, llame el programa de FSS al:

Teléfono: 303-441-1221
Dirección: 2685 A Mapleton Ave., Boulder, CO 80304
Sito Web: www.fssbouldercounty.org

APLICACIÓN PARA PARTICIPAR EN EL PROGRAMA DE AUTOSUFICIENCIA FAMILIAR DEL CONDADO DE BOULDER

Vuelva a: Boulder County Housing Authority
Attn: Family Self-Sufficiency
2685 A Mapleton Ave. Teléfono: 303-441-1221
Boulder, CO 80304 Fax: 303-441-4852

Fecha _____ Numero de Seguro Social _____

Nombre de Cabeza de Familia_____ Fecha de Nacimiento___/___/_____

Dirreción_____

Ciudad_____ Código Postal _____

Teléfono_____ Teléfono de Mensajes _____

Otras Personas en la Casa:

Nombre_____ Fecha de Nacimiento ___/___/_____ Edad _____ Sexo ____

Nombre_____ Fecha de Nacimiento ___/___/_____ Edad _____ Sexo ____

Nombre_____ Fecha de Nacimiento ___/___/_____ Edad _____ Sexo ____

Nombre_____ Fecha de Nacimiento ___/___/_____ Edad _____ Sexo ____

¿Se graduó usted de la escuela secundaria? Sí ___ No ___

¿Si no graduó, tiene su GED? Sí ___ No ___

¿Ha ido usted a la universidad? Sí ___ No ___

¿Tiene usted una licenciatura o certificado de una universidad? Sí ___ No ___

¿Si sí, qué tipo licenciatura o certificado?_____

¿Ha faltado usted por un préstamo de estudiante? Sí ___ No ___

¿Ha recibido usted entrenamiento vocacional? Sí ___ No ___

¿Si sí, que tipo de entrenamiento? _____

¿Usted ha trabajado con Workforce Boulder County (Fuerza de Empleo del Condado de Boulder)?

Sí ____ No ____ ¿Cuando? _____ ¿Por cuanto tiempo? _____

¿Usted tiene empleo? Sí ____ No ____ ¿Donde? _____

¿Cuanto tiempo tiene usted en su trabajo? _____ ¿Que tipo de trabajo?_____

Numero de horas por semana _____Salario por hora $_____ Salario anual $_____

Usted esta recibiendo:	Sí	No
TANF (Asistencia temporal por familias indigente)	_____	_____
Mantenimiento de niños	_____	_____
Estampas de comida	_____	_____
Beneficios de desempleo	_____	_____
CCAP	_____	_____
Suplo Ingresos de Seguro	_____	_____
Otro	_____	_____

APLICACIÓN PARA PARTICIPAR EN EL PROGRAMA DE AUTOSUFICIENCIA FAMILIAR DEL CONDADO DE BOULDER

Describe el tipo de empleo usted desea tener.

_____

_____

¿Que tipo de entrenamiento o educación necesita usted para tener este empleo?

_____

_____

¿Tiene usted circunstancias especiales que pueden prohibir su entrenamiento o educación?

(Explica por favor)

_____

_____

¿Si esta carrera no es posible, tiene usted otras posibilidades?

_____

_____

¿Hay circunstancias que cree obstáculos a cumplir el programa de Autosuficiencia Familiar?

_____

_____

¿Tiene algunas preguntas sobre el programa de Autosuficiencia Familiar?

_____

_____

**** * *Todos los participantes de FSS deben ser elegibles para la ayuda de viviendas. Pasado actividades criminales y convicciones criminales puede excluirle de ayuda de viviendas. * * ****

¿Ha recibido usted asistencia de viviendas antes? Sí____ No_____

Si sí, ¿con cual autoridad de viviendas?_____

¿Esta recibiendo asistencia de viviendas ahora? Sí____ No_____

Si sí, ¿con cual autoridad de viviendas?_____

Si se aprueba para FSS, se moverá en una unidad de vivienda designada de FSS. ¿Tiene una preferencia de donde le gustaría vivir? (Marque todas las que apliquen):

_____Boulder _____Lafayette _____Longmont _____Louisville

APLICACIÓN PARA PARTICIPAR EN EL PROGRAMA DE AUTOSUFICIENCIA FAMILIAR DEL CONDADO DE BOULDER

Doy por este medio, el permiso al BCHA de realizarse cualesquiera investigaciones del fondo son necesarios verificar mi elegibilidad para sus programas. Esto incluye la comprobación de expedientes del policía.

_____ _____

Nombre de Cabeza de Casa

¿Eres un ciudadano o residente permanente legal documentado de los Estados Unidos?

_____ _____

Numero de Seguro Social

Fecha de Nacimiento

_____ _____

Firma de Cabeza de Casa

Fecha

Si hay otros adultos de 18 años o más viviendo en la casa deben también dar el permiso al BCHA de realizarse cualesquiera investigaciones del fondo son necesarias verificar su elegibilidad para asistencia de viviendas. Esto incluye la comprobación de expedientes del policía.

_____ _____

Nombre del adulto 18 años o más

¿Eres un ciudadano o residente permanente legal documentado de los Estados Unidos?

_____ _____

Numero de Seguro Social

Fecha de Nacimiento

_____ _____

Firma del adulto 18 años o más

Fecha

For Office Use Only:

_____ Sent to BCHA _____ Initials

_____

APLICACIÓN PARA PARTICIPAR EN EL PROGRAMA DE AUTOSUFICIENCIA FAMILIAR DEL CONDADO DE BOULDER

Autosuficiencia Familiar
Declaración Personal Del Candidato

Por favor provee una declaración sobre usted mismo, a las respecto de las siguientes preguntas:

1. ¿Que son sus metas de educación y de empleo?

2. ¿Cuál es su plan para alcanzar sus metas?

3. ¿Porqué usted cree que el programa FSS es apropiado para usted?

4. ¿Por favor de un empleo de una época en su vida cuando tenía una obstáculo, y como usted lograr pasarlo?

APLICACIÓN PARA PARTICIPAR EN EL PROGRAMA DE AUTOSUFICIENCIA FAMILIAR DEL CONDADO DE BOULDER

Querida Candidato de FSS: Por favor provee una carta de recomendación junto a esta aplicación de alguien que le ha conocido por al menos seis meses. La persona no puede ser un amigo o relativo familiar, y debe a conocer sus fuerzas. (por ejemplo: una maestra, trabajador social, trabajador de casos, terapeuta, persona de clero, mentor, o empleador). Si tiene preguntas sobre la carta de recomendación, por favor llamanos a 303-441-1221.

AUTOSUFICIENCIA FAMILIAR – CARTA DE RECOMENDACIÓN

La persona nombrada abajo esta aplicándose a participar en el programa Autosuficiencia Familiar del Condado de Boulder. Apreciamos cualquier regeneración que usted pueda proporcionar sobre el participante. Siéntase libre unir una hoja adicional con otros comentarios.

NOMBRE DEL CANDIDATO_____ FECHA_____

1. ¿Porque usted cree que esta persona esta listo a empezar ir a la escuela o una programa de entrenamiento de empleo horita?

2. ¿Que calidades tenga el candidato que le va ayudar tener éxito en ser uno mismo suficiente?

3. ¿Usted tiene conocimiento de cualquier circunstancia especial o las barreras que el aspirante necesitaría superar para ser uno mismo suficiente?

4. El programa FSS tiene una duración de 5 anos. ¿En su opinión, demostrar el candidato las ganas/capacidades seguir con las responsabilidades (i.e. reuniones mensuales de la gerencia del caso, trabajo hacia metas educativas. etc.)? Por favor de ejemplos específicos desde su observación de la capacidad del candidato para seguir a través.

Su Nombre:_____ Su Numero de Teléfono:_____
Su Relación:_____¿Cuánto tiempo téngale conocido el aspirante?_____