

# Programa de Autosuficiencia Familiar



El programa Autosuficiencia Familiar es la mejor opción si usted está comprometido a mejorar su vida al igual que la de su familia.

Este programa es patrocinado por Housing Authority of the City of Brownsville  
P.O.Box 4420 Brownsville, Texas 78523-4420

Para información llamar   
(956) 214-1525 \* (956) 214-1526 \* (956) 214-1523



## PROGRAMA DE AUTOSUFICIENCIA FAMILIAR

ESTA NO ES UNA SOLICITUD DE ADMISION. ES SOLO UNA FORMA QUE INDICA SU INTERES EN EL PROGRAMA DE AUTOSUFICIENCIA FAMILIAR

FAVOR DE LLENAR EL FORMULARIO COMPLETO Y REGRESARLO A UNO DE LOS COORDINADORES. UNA VEZ QUE HALLA ENTREGADO SU FORMULARIO, USTÈD RECIBIRÁ UNA CITA PARA UNA ORIENTACIÓN SOBRE EL PROGRAMA.

.....

Nombre: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Estado: \_\_\_\_\_

Código Postal: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_

A Nombre de quien está su contrato de Sección 8:

\_\_\_\_\_

PROGRAMA DE AUTOSIFUCIANCIA FAMILIAR  
FORMA PARA LA ASESORIA DE NECESIDADES

Fecha: \_\_\_\_\_

1. Anote a todos los miembros de la familia que van a vivir en su unidad, incluyendo al cabeza de familia. También anote la relación de cada miembro de la familia con el cabeza de familia.

Miembro de Familia	Nombre	Relación con el cabeza de familia	Edad	Sexo	Origen Étnico

2. Usted (cabeza de A.S.F.) esta empleada?    \_\_\_ Si    \_\_\_ No

Nombre del Empleador: \_\_\_\_\_

SALARIO: \$ \_\_\_\_\_ Por \_\_\_\_\_ Hora    \_\_\_\_\_ Semana

Si no esta trabajando, que tipo de ingresos recibe? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

3. ¿Algún otro miembro de la familia trabaja? \_\_\_\_\_ Sí \_\_\_\_\_ No  
 Si es así, favor de completar la siguiente información:

Miembro de Familia	Empleador	Salario (Indique si es por hora, semana, etc.)	
		\$	Por _____
		\$	Por _____
		\$	Por _____
		\$	Por _____
		\$	Por _____

4. ¿Qué necesidades tiene actualmente (que no sea asistencia para la vivienda)? (marque todos lo que apliquen)

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Mejor trabajo                                 | <input type="checkbox"/> Mejor transporte                       |
| <input type="checkbox"/> Cuidado de niños (Guardería)                  | <input type="checkbox"/> Asesoramiento o Consejería             |
| <input type="checkbox"/> Seguir/terminar educación                     | <input type="checkbox"/> Asistencia alimentaria                 |
| <input type="checkbox"/> Capacitación/preparación para el trabajo      | <input type="checkbox"/> Ver a un médico por problemas de salud |
| <input type="checkbox"/> Ayuda administrando el dinero                 | <input type="checkbox"/> Ayuda para ser un mejor padre          |
| <input type="checkbox"/> Mas dinero para pagar las cuentas de cada mes |   |

Favor de anotar otras necesidades que usted o su familia tengan:

---

---

---

---

---

---

---

---

5. Por favor señale las diferentes agencias que ha visitado o recibido servicios de en los últimos seis meses.

Departamento de Salud,  
o Servicios de Doctor o Clínica

Programa de capacitación  
De empleo

Centro de Salud Mental  
de drogas

Despensa de alimentos

Head Start para niños  
niños

Colegio o Universidad

Refugios

Otro (explíquese)

Agencia de Acción Comunitaria  
a la comunidad

Departamento de Beneficencia  
Social

Programas de alcohol o abuso

Programa de comidas gratuita

Programas de servicios para

Escuela Técnica Professional

Ninguna de las anteriores

---

---

6. Habla Inglés?  Si  No

¿Qué otra(s) lengua(s) habla?

\_\_\_\_\_

7. ¿Otros miembros de la familia hablan inglés?  Si  No

¿Qué otra(s) lengua(s) hablan?

\_\_\_\_\_

8. Tiene usted: ¿Diploma de High School? \_\_\_\_\_ GED (Inglés)? \_\_\_\_\_

GED (Español)? \_\_\_\_\_ Horas de Colegio? \_\_\_\_\_

¿Certificaciones? \_\_\_\_\_ Título Universitario? \_\_\_\_\_

**\* Último grado que cursó en la escuela:** \_\_\_\_\_

9. ¿Si consigue trabajo o cambia de trabajo va a necesitar ayuda para encontrar a alguien que cuide de sus hijos?  Yes  No

10. ¿Está trabajando con una persona o trabajador social que le ayude a usted y su familia a encontrar los servicios que necesita?  Si  No

Si es así, por favor apunte el nombre de la persona:

\_\_\_\_\_

¿En qué agencia trabaja él o ella?

\_\_\_\_\_

11. ¿Cuáles son los tres problemas principales que usted y su familia enfrentan ahora?

1. \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

2. \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

3. \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

12. Por favor anote 2 (dos) objetivos que desea lograr con el fin de alcanzar la autosuficiencia familiar

1. \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

2. \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Entiendo y acepto que, según la Sección 214 de la Ley de Vivienda y Desarrollo Comunitario de 1980, HUD no ofrece asistencia financiera a los NO ciudadanos que no tienen un estado migratorio elegible. Los Fondos de "Escrow" no se pueden dar a un NO ciudadano NO elegible.

FIRMA: \_\_\_\_\_

Cabeza de Familia

FECHA: \_\_\_\_\_







## PROGRAMA DE AUTOSUFICIENCIA FAMILIAR HOUSING AUTHORITY OF THE CITY OF BROWNSVILLE

Para ser elegibles para el Programa de Autosuficiencia Familiar, usted debe;

- Estar dispuesto a mejorarse usted mismo por medio de EMPLEO, EDUCACION O ENTRENAMIENTO LABORAL
- Estar recibiendo Asistencia de Renta de Sección 8
- Ser mayor de 18 años.

El Programa de Autosuficiencia Familiar está diseñado para ayudar a las familias a alcanzar la solvencia económica conectando a las familias con los servicios apropiados y recursos en nuestra comunidad.

Algunos beneficios del Programa son:

- Oportunidades de Educación y/o Entrenamiento
- Conserjería/Orientación personal y desarrollo profesional
- Entrenamiento de Trabajo
- Educación Financiera
- Cuenta en ahorros
- Referencia al programa para la compra de casa



Los Requisitos del Programa son:

- Estar dispuesto a matricularse en programas educativos o de entrenamiento basados en intereses individuales y metas personales.
- Deberá firmar el contrato de Participación del programa A.S.F. por 5 años (este contrato resume las responsabilidades del participante y del Programa A.S.F. para asegurar que se logre la independencia económica)
- Estar dispuesto a buscar y mantener empleo. \*No aplica a familias deshabilitadas.
- Debe acudir a las Juntas trimestrales y/o talleres.
- Deberá mantenerse en contacto mensualmente con su trabajadora de caso.
- Debe estar dispuesto a lograr su autosuficiencia y no recibir más asistencia del gobierno (TANF).

\*Según la Sección 214 de la Ley de Vivienda y Desarrollo Comunitario de 1980, HUD no ofrece asistencia financiera a los NO ciudadanos que no tienen un estado migratorio elegible. Los Fondos de "Escrow" no se pueden dar a un NO ciudadano NO elegible.