

*Cambiando para mejorar...*



## *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) 214-1527**

## PROGRAMA DE AUTOSUFICIENCIA FAMILIAR

**ESTA NO ES UNA SOLICITUD DE ADMISION. ES SOLO UNA FORMA QUE INDICA SU INTERES EN EL PROGRAMA DE AUTO-SUFICIENCIA 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.**

**TODAS LAS FAMILIAS INTERESADAS EN EL PROGRAMA A.S.F. DEBEN ASISTIR A LA ORIENTACIÓN!**

.....

**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 (Como cabeza de familia) esta empleado?            \_\_\_ Si    \_\_\_ No

Si su respuesta es Si anote donde trabaja y su salario.

TRABAJO: \_\_\_\_\_

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

¿Si no está trabajando, que tipo de ingresos recibe?; \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

3. ¿Algún otro miembro de la familia está trabajando? \_\_\_\_ 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)?

(Por favor marque todos los 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 medico 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,  
Doctor o Clínica

Agencia de Acción Comunitaria o Servicios  
a la comunidad

Programa de capacitación de empleo

Departamento de Beneficencia Social

Centro de Salud Mental

Programas de alcohol o abuso de drogas

Despensa de alimentos

Programa de comidas gratuita

Head Start para niños

Programas de servicios para niños

Colegio o Universidad

Escuela Técnica Professional

Refugios

Ninguna de las anteriores

Otro (explíquese) \_\_\_\_\_

---

6. Habla Inglés?  Si  No

¿Si no es así, que lenguaje(s) habla? \_\_\_\_\_

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

Si no es así, que lenguaje(s) hablan? \_\_\_\_\_

8. Tiene usted: Diploma de Escuela Preparatoria? \_\_\_\_\_ GED (Inglés)? \_\_\_\_\_  
GED (Español)? \_\_\_\_\_ Horas de Colegio? \_\_\_\_\_ Certificados? \_\_\_\_\_ Título Universitario? \_\_\_\_\_

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

9. ¿Si consigue trabajo o cambia de trabajo va 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. ¿Está recibiendo servicios o beneficios de cualquier otra agencia?  Si  No

Si así es, de que agencia: \_\_\_\_\_

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

1. \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

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

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

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

Cabeza de Familia

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



## **EL PROGRAMA DE AUTO-SUFICIENCIA FAMILIAR DE HOUSING AUTHORITY OF THE CITY OF BROWNSVILLE**

Para ser elegibles para el Programa de Auto-Suficiencia Familiar, usted debe;

- Estar dispuesto a mejorarse usted mismo por medio de EMPLEO y EDUCACION.
- Estar recibiendo Asistencia de Renta de Sección 8
- Tener por lo menos 18 años de edad.

**Cualquier miembro de la familia puede participar en el programa de A.S.F. Además del cabeza de familia!**

**El Programa de Auto-Suficiencia 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 Entrenamiento
- Conserjería/Orientación personal y desarrollo profesional
- Preparación para Trabajo
- Entrenamientos de Trabajo
- Entrenamiento en Administración Financiera
- Cuenta en Custodia
- Propietario 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 de tiempo completo. \*No aplica a familias deshabilitadas.
- Debe acudir a las Juntas Mensuales y/o talleres. Es OBLIGATORIO!
- Deberá mantenerse en contacto mensualmente con su trabajadora.
- Debe estar dispuesto a lograr su auto-suficiencia y no recibir más asistencia del gobierno (TANF).

