

Herramienta de evaluación para la prevención de desalojo

Fecha: _____

Nombre: _____

Teléfono: () _____

Dirección: _____

Calle

Ciudad

Código postal

Referido por: _____

Teléfono: () _____

1. ¿Está usted en riesgo de perder su vivienda? No Si
2. Usted paga: Renta o Hipoteca
3. ¿Qué tan atrasado esta en sus pagos de renta o hipoteca? _____
4. ¿Cuánto es su pago mensual de renta o hipoteca? _____
5. ¿Usted ha sido desalojado de su vivienda? No Si
6. ¿Usted va a ser desalojado en los próximos 7 días? No Si
7. En la próxima semana, le darán de alta de un hospital, institución o cárcel donde usted a residido por más de 30 días seguidos? No Si
8. ¿Está usted en una vivienda que ha sido condenada por las autoridades de vivienda debido a que es considerada inhabitable para seres humanos? No Si
9. ¿Está usted escapando de una relación violenta en su hogar? No Si
10. ¿Está usted viviendo con parientes o amistades quienes están en riesgo de perder su hogar? No Si
11. ¿Cuál es su fuente de ingreso? _____ ¿Cuánto ingreso recibe? _____
12. ¿Cumple el consumidor con los criterios establecidos por el Modulo de Limite de Ingresos en cuanto a ingreso y bienes? No Si

Durham	24,950	28,500	32,100	36,650	38,500	41,350	44,200	47,050
--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------

13. ¿Carece el consumidor otros medios de apoyo para evitar quedar sin vivienda? No Si, ¿qué apoyo? _____
14. ¿Tiene usted algún asunto legal pendiente? No Si, por favor explique: _____
15. ¿Qué obstáculos le impiden mantener su vivienda actual?
 - Historial de renta
 - Historial de crédito
 - Antecedentes criminales
 - Uso de drogas
 - Salud mental
 - Violencia doméstica o abuso
 - Una condición médica o física
16. ¿Está usted recibiendo servicios de alguna agencia para ayudar con su condición de salud mental o problemas de adicción? No Si
 - a. ¿Con que condición ha sido diagnosticado? _____
 - b. Nombre de la agencia que lo está ayudando: _____
 - i. Teléfono: () _____
 - c. ¿Quién es la persona de contacto? _____
 - i. Teléfono: () _____
 - d. ¿Quién es su siquiatra, sicólogo o terapeuta? _____
 - i. Teléfono: () _____

Firma del consumidor: _____

Firma del trabajador social: _____

Frank Bryant II