

**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