



David P. Connor  
Executive Director



OFFICERS  
Burton E. Gould, Jr.  
Chairperson  
Jane D. Leavens  
Vice-Chairperson  
Leston J. Goodrich  
Treasurer  
Nancy E. Romanowski  
Asst. Treasurer  
Curt J. Fitzmaurice  
Secretary

108 Ipswich Drive • Winchendon, MA 01475  
978.297.2280 • Fax 978.297.0922 • TDD 800.545.1833 x163  
[www.winha.org](http://www.winha.org)

## INSTRUCCIONES DE APLICACIÓN DE EMERGENCIA

Estimado solicitante:

En orden para aplicar Vivienda de Emergencia, debe completar y entregar documentos específicos para la prioridad que está solicitando, como se describe en la Lista de Verificación de Documentos de Verificación Requeridos para el Estado de Prioridad. También deberá entregar otros documentos que la WHA necesita para determinar su elegibilidad para el estado de caso de emergencia, así como para los programas para los que ha solicitado. Su Solicitud de Emergencia debe estar completa y ser elegible para que esta prioridad entre en vigor. Si no completa su Solicitud de Emergencia, puede permanecer en la lista de espera como solicitante estándar.

Si tiene alguna pregunta ó inquietud con respecto à su solicitud, no dude en comunicarse con Amanda Phillips al (978) 297-2280 X301

Sinceramente



Amanda Phillips

Asistente Ejecutiva del Director

**SOLICITUD DE EMERGENCIA UNIVERSAL  
PARA VIVIENDA SUBVENCIONADA POR EL  
ESTADO**

Fecha de Recibo: \_\_\_\_\_

Hora de Recibo: \_\_\_\_\_

Número de Control: \_\_\_\_\_

Libre de Impedimento: \_\_\_\_\_

Primer Piso: -----

Ancianos/Discapacitados: \_\_\_\_\_

Las solicitudes incompletas no serán procesadas. Complete toda la información solicitada en la solicitud. Si una pregunta no es aplicable, escriba *N/A*. Asegúrate de firmar la última página.

(POR FAVOR, ESCRIBA)

Nombre del solicitante: \_\_\_\_\_

Dirección postal del solicitante: \_\_\_\_\_

Ciudad/Pueblo: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

Número de teléfono en el que se puede contactar al solicitante: -----

Esta Solicitud de Emergencia debe incluir una verificación por escrito por parte de un tercero en cuanto al estado de prioridad que está reclamando. La Autoridad de Vivienda no aceptará esta solicitud sin la verificación de un tercero y una Solicitud Estándar completa. La verificación incluye cartas de trabajadores sociales, refugios, agencias de servicios sociales o agencias de cumplimiento de códigos que confirman que usted cumple con la definición de "solicitante sin hogar". Su solicitud no será procesada hasta que haya proporcionado todo lo requerido por el Paquete de Solicitud de Emergencia y una Solicitud Estándar completada.

Para ser considerado elegible para el Estatus de Caso de Emergencia, usted debe ser un "Solicitante sin Hogar" como se define a continuación y calificar para una de las prioridades que se enumeran a continuación.

Definición de solicitante sin hogar

Un Solicitante que:

- no tiene un lugar para vivir o se encuentra en una situación de vivienda en la que existe una amenaza significativa, inmediata y directa para la vida o la seguridad del solicitante o de un miembro del hogar, situación que se aliviaría mediante la colocación en una unidad de tamaño apropiado, y
- ha hecho esfuerzos razonables para localizar una vivienda alternativa, y
- no ha causado o contribuido sustancialmente a la situación de seguridad o peligro para la vida, y
- ha buscado las formas disponibles de prevenir o evitar la situación buscando asistencia a través de los tribunales o de los organismos administrativos o de aplicación de la ley apropiados, y
- se desaloja de la residencia en la cual vivía el solicitante por lo menos nueve (9) meses al año.

Sí

NO

En caso afirmativo, describa cómo cumple con **cada uno** de los requisitos anteriores:

2. ¿En qué día se convirtió o será desalojado de su residencia principal?

Día                  Mes                  Año

- 3. Preferencia local, solo para solicitantes de emergencia.** Si no tiene hogar y solicita una vivienda de emergencia, puede optar por ser considerado residente de la ciudad/pueblo del que fue desalojado o residente de la ciudad/pueblo en el que se encuentra alojado temporalmente.

Proporcione el nombre de la comunidad que elige para ser declarada residente a los efectos de la selección de inquilinos.

**TODOS LOS SOLICITANTES DE EMERGENCIA DEBEN ADJUNTAR UN COMPROBANTE DE FALTA DE VIVIENDA. LA VERIFICACIÓN ACEPTABLE INCLUYE CARTAS DE TRABAJADORES SOCIALES, REFUGIOS, AGENCIAS DE SERVICIOS SOCIALES O AGENCIAS DE CUMPLIMIENTO DE CÓDIGOS QUE CONFIRMAN QUE USTED CUMPLE CON LA DEFINICIÓN DE "SOLICITANTE SIN HOGAR".**

1. Marque la categoría de prioridad que cree que se aplica a su situación:

**Prioridad 1:** Desalojado por fuerzas naturales, como un incendio que no se deba a la negligencia de un acto intencional del solicitante o de un miembro de la familia del solicitante, o por un terremoto, o una inundación, o por un desastre declarado o reconocido formalmente bajo las leyes de socorro en casos de desastre.

Si ha marcado la Prioridad I, debe adjuntar un comprobante de desalojo por fuerzas naturales, como un informe del Departamento de Bomberos, una carta de la Junta de Salud u otra agencia gubernamental que documente la destrucción de su residencia por terremoto, inundación u otro desastre.

**Prioridad 2:** Desalojado por acciones públicas como la construcción de un proyecto de vivienda pública de bajo alquiler, un desmantelamiento de barrios marginales públicos, un proyecto de renovación urbana u otra mejora pública.

Si ha marcado la Prioridad 2, debe adjuntar un comprobante de desalojo por acción pública, como un aviso de reubicación, una carta de Renovación Urbana u otra agencia gubernamental que documente el proyecto de obras públicas.

**Prioridad 3:** Desalojo debido a la aplicación de los estándares mínimos de la ley para el hogar humano establecidos por el artículo 2 del Código Sanitario del Estado o las ordenanzas locales.

Si ha marcado la opción 3, debe adjuntar un comprobante de descargo debido a la aplicación del Código Sanitario Estatal, como una copia de la queja que enumera las violaciones del código, una copia de la respuesta de la Junta de Salud que desmiente la denuncia.

#### PRIORIDAD 4- CATEGORÍAS DEL PLAN DE CASOS DE EMERGENCIA

- A. Personas sin hogar y que enfrentan una amenaza significativa inmediata y directa a la vida o seguridad del solicitante o de cualquier miembro del hogar por causas que no sean culpa del solicitante o miembro del hogar del solicitante.

Si ha marcado la Prioridad 4A, debe adjuntar: Prueba de pérdida de vivienda sin culpa, como citación y demanda de proceso sumario, decisión judicial y ejecución del tribunal.

- B. Emergencias médicas graves. Un solicitante sufre de una emergencia médica grave si el hogar solicitante sufre una enfermedad o lesión que representa una amenaza grave y médica documentada para la vida que ha sido causada significativamente por la falta de una vivienda adecuada o en cuanto a la cual la falta de vivienda adecuada es un impedimento sustancial para el tratamiento o la recuperación.

Si ha marcado la prioridad 4B, debe adjuntar:

1. Prueba de condición médica, como certificación de un médico o un documento de la Autoridad de Vivienda
2. Prueba de vivienda inadecuada, como una carta del propietario, una enfermera visitante o la Junta de Salud que documente la inadecuación de la vivienda actual, o fotografías de la vivienda actual que muestren características inadecuadas.

- C. Situación abusiva. Un solicitante se encuentra en una situación abusiva si la LHA determina que el solicitante o el miembro del hogar solicitante es víctima de abuso según se define en la Ley de Prevención del Abuso (G.L. c.209A, §1), cuyo abuso constituye una amenaza significativa y directa para la vida o la seguridad. La Ley de Prevención del Abuso define el "abuso" como la ocurrencia de uno o más de los siguientes actos entre "miembros de la familia o del hogar": (1) intentar o causar daño físico; (2) poner a otra persona en temor de un daño físico grave inminente; o (3) hacer que otra persona participe involuntariamente en relaciones sexuales por la fuerza, la amenaza o la intimidación. Los "miembros de la familia o del hogar" son personas que están relacionadas por sangre o matrimonio, tienen un hijo en común, o que ahora o anteriormente residieron en el mismo hogar o salieron juntos.

Si ha marcado la Prioridad 4C, debe adjuntar: Prueba de Situación Abusiva como copias de informes médicos, informes policiales, órdenes de restricción, solicitudes de denuncias penales, evaluaciones de servicios sociales.

#### LAS SOLICITUDES DE EMERGENCIA PRESENTADAS SIN LA DOCUMENTACIÓN REQUERIDA SERÁN DENEGADAS.

#### CERTIFICACIÓN DEL SOLICITANTE:

Certifico que la información que he proporcionado en esta solicitud es verdadera y correcta, y entiendo que cualquier declaración falsa o tergiversación puede resultar en el rechazo de mi solicitud. Autorizo a la Autoridad de Vivienda a realizar consultas para verificar la información que he proporcionado en esta solicitud.

**FIRMADO BAJO LAS PENAS Y PENALIDADES DE PERJURIO. Entiendo que una fotocopia de esta solicitud y una fotocopia de esta firma es válida como el original.**

---

Fecha de firma de los solicitantes

---

---

Fecha de firma del revisor

---

Numero de Control: \_\_\_\_\_

## DECLARACIÓN DE RESIDENCIA DEL SOLICITANTE Y AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN

Por la presente declaro que estoy "sin hogar" según lo definido por las regulaciones estatales, y que soy

un residente de \_\_\_\_\_ la ciudad/pueblo:

(marque uno)

\_\_\_\_\_ de la que fui desalojado por causas ajenas a mi voluntad.

\_\_\_\_\_ en el que me alojo temporalmente.

Certifico que no me he declarado residente en ninguna otra ciudad o pueblo con el propósito de obtener la preferencia de residente local, y por la presente autorizo a otras autoridades locales de vivienda y agencias sin fines de lucro a divulgar información a la Autoridad de Vivienda para verificar esta certificación. Si mi dirección temporal cambia y necesito cambiar mi declaración de residencia local, notificaré inmediatamente a la Autoridad de Vivienda y autorizaré a otras autoridades locales de vivienda y agencias sin fines de lucro a notificar inmediatamente a la Autoridad de Vivienda sobre el cambio.

**Firmado bajo las penas y penalidades de perjurio.**

Fecha: \_\_\_\_\_ X \_\_\_\_\_  
Firma del solicitante

Declaration of Residency

06/22/2018





David P. Connor  
Executive Director



OFFICERS  
Burton E. Gould, Jr.  
Chairperson  
Jane D. Leavens  
Vice-Chairperson  
Leston J. Goodrich  
Treasurer  
Nancy F. Romanowski  
Asst.Treasurer  
Curt J. Fitzmaurice  
Secretary

108 Ipswich Drive • Winchendon, MA 01475  
978.297.2280 • Fax 978.297.0922 • TDD 800.545.1833 x163  
[www.winha.org](http://www.winha.org)

Nombre del Médico \_\_\_\_\_

Dirección del Médico \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_

### VERIFICACIÓN MÉDICA DE UNA EMERGENCIA MÉDICA GRAVE

Nombre del solicitante \_\_\_\_\_

Número de Control \_\_\_\_\_

Dirección del Solicitante \_\_\_\_\_

Por la presente autorizo a divulgar  
de la información solicitada.

Firma del solicitante \_\_\_\_\_

Estimado Dr. \_\_\_\_\_:

El solicitante mencionado anteriormente está solicitando una vivienda con ayuda estatal con esta Autoridad y ha indicado que está siendo desplazado o ha sido desplazado de su vivienda actual debido a una emergencia médica grave.

Con el fin de determinar si otorgar el estatus de prioridad a este solicitante, debemos asegurar la verificación de una emergencia médica grave que califique. Por lo tanto, le agradeceríamos que complete la verificación en el reverso y devolviera este formulario directamente a la Autoridad de Vivienda. Un representante de la Autoridad puede ponerse en contacto con usted en una fecha posterior para confirmar la información.

Sinceramente

*Director Ejecutivo o Coordinador de Selección de Inquilinos*

## **VERIFICACIÓN MÉDICA DE UNA EMERGENCIA MÉDICA GRAVE**

1. ¿El solicitante o miembro del hogar del solicitante sufre de una enfermedad o lesión que representa una amenaza grave y médica documentada para la vida o la seguridad? (encierre en un círculo uno)

SÍ, NO      NO TENGO OPINIÓN

En caso afirmativo,  
explique

2. ¿Está el solicitante de la vivienda actual en una situación donde la causa de enfermedad o lesión es un impedimento sustancial para el tratamiento o la recuperación de esta enfermedad o lesión? (encierre en un círculo uno)

SÍ      NO      NO TENGO OPINIÓN

En caso afirmativo, por favor explique:

3. ¿Cuánto tiempo ha sido su paciente el solicitante o el miembro del hogar?

4. ¿Cuál es el tratamiento actual del paciente? \_\_\_\_\_

## CERTIFICACIÓN MÉDICA

Certifico que la información proporcionada anteriormente representa mi juicio profesional y es verdadera y correcta en mi mejor conocimiento y entendimiento.

John C. H. Smith, MD

Firma

**Fecha**

Nombre:

Dirección:

Teléfono: ( )

## Formulario de búsqueda de vivienda

Yo, \_\_\_\_\_ declaro que he hecho esfuerzos razonables para localizar una vivienda alternativa con el fin de abordar mi necesidad crítica de vivienda. Estos esfuerzos se documentan a continuación: Tipo de contacto (Tel/Visita/Etc.): \_\_\_\_\_

Persona de Contacto/dirección/número de teléfono: \_\_\_\_\_

Dormitorios: \_\_\_\_\_

Alquiler: \_\_\_\_\_

Motivo No disponible: \_\_\_\_\_

Tipo de contacto (tel/visita/etc.): \_\_\_\_\_

Persona de contacto/ dirección/número de teléfono: \_\_\_\_\_

Dormitorios: \_\_\_\_\_

Alquiler: \_\_\_\_\_

Motivo No disponible: \_\_\_\_\_

Tipo de contacto (tel/visita/etc.): \_\_\_\_\_

Persona de contacto/ dirección/número de teléfono: \_\_\_\_\_

Dormitorios: \_\_\_\_\_

Alquiler: \_\_\_\_\_

Motivo no disponible: \_\_\_\_\_



Tipo de contacto (tel/visita/etc.): \_\_\_\_\_

Persona de contacto/ dirección/número de teléfono: \_\_\_\_\_

Dormitorios: \_\_\_\_\_

Alquiler: \_\_\_\_\_

Motivo no disponible: \_\_\_\_\_

Tipo de contacto (tel/visita/etc.): \_\_\_\_\_

Persona de contacto/ dirección/número de teléfono: \_\_\_\_\_

Dormitorios: \_\_\_\_\_

Alquiler: \_\_\_\_\_

Motivo no disponible: \_\_\_\_\_

Entiendo que cualquier declaración falsa o tergiversación puede resultar en la denegación del estatus de caso de emergencia. Firmado bajo las penas y penalidades de perjurio.

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

CHAMP

06/22/2018

