

GOALS (METAS)

Mayores oportunidades para avanzar, aprender y tener éxito

Aplicación para el programa de Autosuficiencia

METAS trabaja para promover la autosuficiencia a través de los vínculos con los servicios de apoyo, el acceso a la educación, capacitación para el empleo, el desarrollo de bienes y oportunidades de propiedad de vivienda. Usted no está obligado a ser empleado para solicitar el programa, pero durante la participación en el programa debe buscar y mantener un empleo. Graduación de METAS requiere un empleo adecuado.

Información del Solicitante: Por favor escribe claramente y llene todos los espacios.

Cabeza de la familia - # de Seguro Social: _____

Primer Nombre: _____ Apellido: _____

Dirección: _____ No. de Apt. _ Ciudad, Estado Y Código Postal: _____

Teléfono _____ Trabajo _____

Mensaje: _____ E-Mail: _____

¿Cómo se enteró del programa de Metas? _____

Información Del Hogar: Por favor anote todos los miembros de su hogar.

| Miembro | Nombre | Género | Edad |
|---------------|--------|--------|------|
| Usted Mismo/a | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

Información de Vivienda:

El programa de (METAS) es para residentes en vivienda patrocinada por Home Forward.

¿Usted está participando en vivienda de Home Forward?

Sí No

¿En cuál tipo de vivienda?

Sección 8 Sí No

Vivienda Pública Sí No Nombre de Propiedad: _____

Metas Para el Futuro:

¿Que tipo de trabajo o educación te gustaria tener? _____

¿Que ayuda sería el programa con sus planes para el futuro? _____

For Home Forward use only: **Date Application Received** _____ **Date Entered in Yardi** _____ **t Code** _____
in House _____ **GPP** _____ **EI \$** _____

OTRO LADO ⇒

Información del Empleo

Empleo actual: _____

Empleador: _____ Horas de trabajo semanales: _____

Preferencia para el Programa de METAS: Para recibir una preferencia en la lista de espera, es necesario proporcionar verificación de que en los últimos seis meses de haber solicitado ha estado o está actualmente participando en alguno de los siguientes programas. **POR FAVOR ADJUNTE PRUEBA DE APLICACIÓN O PARTICIPACIÓN**

| El Programa | Aplicado | ¿Cuándo? | Participando |
|--|-----------------------------|-----------------|-----------------------------|
| Programa de Aprendizaje | <input type="checkbox"/> Sí | _____ | <input type="checkbox"/> Sí |
| Programas de Desarrollo de Empresas Pequeñas | <input type="checkbox"/> Sí | _____ | <input type="checkbox"/> Sí |
| Programas de WorkSource (Proceso de Bienvenido, Entrenamiento Profesional, etc) | <input type="checkbox"/> Sí | _____ | <input type="checkbox"/> Sí |
| Programas de Manejo Financiero (Mejoramiento de Crédito, Hacer Presupuestos, Asesoramiento sobre ser Propietario de Casa, etc.) | <input type="checkbox"/> Sí | _____ | <input type="checkbox"/> Sí |
| Programas de Post-Secundaria | <input type="checkbox"/> Sí | _____ | <input type="checkbox"/> Sí |
| Programa de GED/ABE (Educación Básico para Adultos) | <input type="checkbox"/> Sí | _____ | <input type="checkbox"/> Sí |
| Programa Empleos Plus (JOBS Plus Program) | <input type="checkbox"/> Sí | _____ | <input type="checkbox"/> Sí |
| Servicios SUN de Condado de Multnomah | <input type="checkbox"/> Sí | _____ | <input type="checkbox"/> Sí |
| Otro: _____ | <input type="checkbox"/> Sí | _____ | <input type="checkbox"/> Sí |

Si usted no puede proporcionar evidencia de la inscripción o participación, usted no recibirá una preferencia. Si se inscribe en uno de estos programas después de entregar esta solicitud, puedes presentar prueba a Home Forward, y su aplicación se actualizará.

Información de Contacto:

El programa de GOALS está comedido a servir a todos los residentes de Home Forward que califiquen para el programa. Por favor conteste las siguientes preguntas para que podamos asistirle mejor

Por favor liste los idiomas que hable

Idioma Primario _____

Idioma Secundario _____

¿Necesita un intérprete? Sí No Sí desea intérprete, ¿cuál idioma? _____

Si usted o cualquier miembro de su familia es discapacitado, y requiere alojamiento específico para utilizar nuestros programas y servicios, por favor contacte Home Forward. Para un alojamiento razonable relacionado a nuestro programa de METAS, por favor contacte a Eva Erickson, 503.280.3721, 1605 NE 45th Ave, Portland OR 97213, Eva.Erickson@homeforward.org

Firma: Por favor, lea y firma

Certifico que la información anterior es verdadera y correcta. Entiendo que Home Forward podría verificar las declaraciones en este documento, y no tengo nada que objetar a las preguntas que se hacen.

Firma del Solicitante

Fecha

ENTREGA A: HOME FORWARD: 135 SW Ash St. Portland, OR 97204