



Economic Opportunities Advancement Corporation  
Of Planning Region XI

***People Helping People.***

**Community Services Block Grant (CSBG)**

The Community Service Block Grant Program provides information and referral, emergency services and case management. The case management program is designed to assist clients desiring to become self-sufficient. Staff provides budget counseling and assist clients to establish short term and long rang goals. The program can provide on-going assistance for the time necessary to achieve self-sufficient for household that meet the federal guidelines of 125% or below.

**Energy Assistance (CEAP)**

The Comprehensive Energy Assistance Program primarily emphasize on meeting the immediate home energy needs of those with low incomes and high energy burdens, with a secondary emphasis on reducing the energy needs and cost to such households. The program consists of two components, provided that you meet the federal guidelines of 150% or below.

- Household Crisis – Provides crisis assistance, for utility payment assistance, disconnection notice, life threatening crisis, and emergency fuel deliveries.
- Utility Assistance – Provides energy payments to assist low-income households to reduce their home energy needs.

CEAP/CSBG/WAP services are available to eligible residents of McLennan, Bosque, Hill, Falls, Limestone, and Freestone

**IF YOU NEED ASSISTANCE CONTACT OR VISIT THE OFFICE IN YOUR AREA**

EOAC Community Action Agency – Waco  
500 Franklin Ave.  
Waco, TX 76701

Office # (254) 756-0954 / Toll Free # (877) 399-8939 / Fax # (254) 756-7664

Hillsboro Workforce Center  
233 East Elm Street  
Hillsboro, TX 76645

Bosque Food Pantry/Thrift Store  
315 Live Oak  
Clifton, TX 76634

Teague Workforce Center  
517 Main St.  
Teague, TX 75860

Marlin Office  
1005 Commerce St.  
Marlin, TX 76661  
Office # (254) 803-3751  
Carla.landrum@eoacwaco.org

**Weatherization Assistance (WAP)**

The Weatherization Assistance Program provides assistance to economically disadvantage individuals, particularly the elderly and disable, to promote a more comfortable healthy environment, conserve energy and reduce high utility bills.

Weatherization services are available to eligible residents of McLennan, Bosque, Hill, Navarro, Ellis, Johnson, Falls, Limestone, and Freestone

**IF YOU NEED ADDITIONAL INFORMATION CONTACT:**

EOAC Weatherization Program  
500 Franklin Ave.  
Waco, TX 76701

Office # (254)753-0331 / Toll Free (877) 399-8939 / Fax # (254) 753-1730

**PLEASE REMEMBER: Applications will not be accepted or processed unless all information is provided by client. All assistance is subject to the availability and receipt of federal funds. Any late fees will be your responsibility.**

*Por FAVOR RECUERDE: Aplicaciones no serán aceptadas o procesadas a menos que toda la información es proporcionada por el cliente. Toda la ayuda está sujeta a la disponibilidad y el recibo de fondos federales. Cualquier cargos por pagos atrasados será su responsabilidad.*

**DOCUMENTS REQUIRED BEFORE APPLICATION CAN BE ACCEPTED:**  
**DOCUMENTOS NECESARIOS ANTES DE QUE PUEDA SER ACEPTADA:**

- **ALL income(s) received in the last 30 days for everyone 18 years of age or older.**  
*TODOS los ingresos recibidos en los últimos 30 días para todos de 18 años de edad o más*
- Social Security / SSI / RSDI / Pension  
*Seguro Social / SSI / RSDI / Pensiones*
- Unemployment printout that shows the weekly payment amount  
*Carta de desempleo que muestra el monto del pago semanal*
- *SNAP and TANF verification letter from HHSC (Notice about your case).*  
*SNAP y carta del TANF de la HHSC (aviso sobre su caso)*
- Proof of child support whether receiving or not; either court document or self declared letter  
*Prueba de manutención si recibe o no; documento de la corte o carta que sea declarada por notaria*
- **Electric AND gas bills**, must be provided even if only requesting assistance with one bill.  
*Facturas de electricidad y gas deberán proveerse aunque sólo necesita ayuda con solo un bill.*
- **12 Month billing history** for your gas, electric, and propane must be provided  
*Historia de facturación de 12 meses de gas, eléctricos a gas propano deben ser proporcionado*

If mailing or faxing your application, you must provide copies of the required documents along with the completed application. If ALL required documents are not provided when mailed or faxed, the application and all documents provided will be placed in pending status and it will delay your application from being processed. Once application is processed, you will be notified via mail or email on the assistance that you are eligible for. If submitting your application in person, copies of required documents may be made on site. See below for the correct mailing address and fax number.

*Si envía por correo o por fax su solicitud, usted debe proveer copias de los documentos requeridos junto con la solicitud. Si TODOS los documentos requeridos no son enviados por correo o por fax, la solicitud y los documentos se retrasará la aplicación del trámite. Una vez que la solicitud es procesada, se le notificará por correo o correo electrónico la asistencia que usted es elegible. Si presenta su solicitud en persona, pueden hacerse copias de los documentos requeridos en el sitio. Consulte a continuación la dirección postal correcta y número de fax.*

**COMMUNITY PROGRAM / WEATHERIZATION  
INTAKE APPLICATION**

<b>Name/Nombre (Head of Household):</b>				
<b>Social Security Number / Número de seguro social:</b>				
<b>Referred By:</b>				
<b>Physical Address/Dirección</b>			<b>Apt #</b>	
<b>City/State/Zip Ciudad/Estado/Código postal</b>			<b>County/Condado</b>	
<b>Mailing Address/Dirección de correo</b>			<b>Apt #</b>	
<b>City/State/Zip Ciudad/Estado/Código postal</b>			<b>County/Condado</b>	
<b>Housing Type:</b>	Own/ Dueño	Rent/ Renta	Homeless/ Sin hogar	Other/Otro
<b>Household Type:</b>	a). Single Parent – Female	b). Single Parent – Male	c). Two Parent Household	
	d). Single Person	e). Two Adults no children	f). Other	
<b>Home Phone/Teléfono de casa</b>		<b>Mobile Phone/Teléfono celular</b>		
<b>Email Address/Correo electrónico:</b>				

Has your home been Weatherized/A sido su casa climatizada? Yes/Si No

Is anyone in the household an EOAC employee or EOAC Board Member?

¿Hay alguien en la casa que sea empleador de EOAC empleado o miembro de la Junta de EOAC?

Yes / Si If yes who, \_\_\_\_\_ No

**VETERAN INFORMATION / INFORMACIÓN VETERANO:**

- Are you, or anyone in the household a Veteran, Surviving Spouse of a Veteran, or a Dependent of a Veteran?  
¿Usted o alguien en la familia es un veterano, cónyuge sobreviviente de un veterano o un dependiente de un veterano?  
Yes / Si If yes who, \_\_\_\_\_ No
- Have you ever served in the Military, excluding ROTC?  
¿Ha servido en el ejército, excepto ROTC?  
Yes / Si If yes who, \_\_\_\_\_ No

**Dear Applicant:**

The information on this form is needed to determine your household's eligibility. Please complete this entire form and leave no blanks.

**Estimado solicitante:**

La información en este formulario es necesario para determinar la elegibilidad de su hogar. Por favor complete esta forma y no dejar espacios en blanco.

Name / Nombre	Date of Birth Fecha de Nacimiento	Gender / Género	SSN # / Número de seguro social	Race / Raza	Disable / Discapa- citado	Hispani / Latino	Health Insurance / Seguro médico	Education Level / Nivel de educación
<b><u>Head of household</u></b>		Female / Mujer  Male / Hombre	<b>NA</b>		Yes / Si  No	Yes / Si  No	Yes / Si  No	0-8 9-12 HS Grad/GED 12+Post 2/4 Yr. College Grad.
		Female / Mujer  Male / Hombre			Yes / Si  No	Yes / Si  No	Yes / Si  No	0-8 9-12 HS Grad/GED 12+Post 2/4 Yr. College Grad.
		Female / Mujer  Male / Hombre			Yes / Si  No	Yes / Si  No	Yes / Si  No	0-8 9-12 HS Grad/GED 12+Post 2/4 Yr. College Grad.
		Female / Mujer  Male / Hombre			Yes / Si  No	Yes / Si  No	Yes / Si  No	0-8 9-12 HS Grad/GED 12+Post 2/4 Yr. College Grad.
		Female / Mujer  Male / Hombre			Yes / Si  No	Yes / Si  No	Yes / Si  No	0-8 9-12 HS Grad/GED 12+Post 2/4 Yr. College Grad.
		Female / Mujer  Male / Hombre			Yes / Si  No	Yes / Si  No	Yes / Si  No	0-8 9-12 HS Grad/GED 12+Post 2/4 Yr. College Grad.
		Female / Mujer  Male / Hombre			Yes / Si  No	Yes / Si  No	Yes / Si  No	0-8 9-12 HS Grad/GED 12+Post 2/4 Yr. College Grad.
		Female / Mujer  Male / Hombre			Yes / Si  No	Yes / Si  No	Yes / Si  No	0-8 9-12 HS Grad/GED 12+Post 2/4 Yr. College Grad.

**INCOME SOURCE (List ALL income of adults that are 18 years of age or older for the last 30 days).  
FUENTE DE INGRESOS (lista TODOS los ingresos de adultos que tienen 18 años de edad o mayores para los últimos 30 días).**

Do you or does anyone in your household have a job? Yes / Si No

¿Usted o alguien en su familia tiene un trabajo?

If yes, list employer name(s) / En caso afirmativo, lista de nombres del empleador:

---



---

Income Source / Fuente de ingresos	(Circle / Círcula)	Name of person/s receiving income Nombre de persona/s que recibe ingresos	Amount
Wages from Employment / Salarios de empleo	Yes /Si No		
Self Employed / Empleador Independiente	Yes /Si No		
SNAP benefits / Beneficios SNAP	Yes /Si No		
TANF	Yes /Si No		
Social Security / Seguro Social	Yes /Si No		
Supplement Security Income (SSI) / Ingresos de seguridad del suplemento	Yes /Si No		
Annuity Payments / Pagos de anualidades Seguro regular / Asegurancia Retirement Funds / Fondos de retiro Pension / Teacher Retirement Pensión o Jubilación de Maestros	Yes /Si No		
Unemployment Benefits / Prestaciones por desempleo	Yes /Si No		
VA Disability / Discapacidad de los veteranos	Yes /Si No		
Income from Military / Ingreso de militares	Yes /Si No		
Student Financial Aid / Ayuda financiera del estudiante	Yes /Si No		
Worker's Compensation / Compensación del trabajador	Yes /Si No		
Child Support / Manutención de menores	Yes/Si No		

**HOUSING INFORMATION / INFORMACION DE VIVENDA**

Type /Tipo? (circle one / círculo uno) Private Home / Casa Privada Mobile Home / Casa movil

Apartment / Apartamento

Subsidized or Public Housing / Vivienda pública o ayuda de vivienda? Yes / Si No

Monthly **mortgage** / Hipoteca mensual \_\_\_\_\_

Year House was built / Año que fue construida \_\_\_\_\_

Monthly **Rent** / Alquiler mensual? \_\_\_\_\_ Utilities Included / Utilidades incluidas? Yes / Si  
No**Landlord Information / Información del propietario**

Name / Nombre: \_\_\_\_\_

Phone Number / Número de teléfono: \_\_\_\_\_

Address / Dirección: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**UTILITY INFORMATION / INFORMACIÓN DE UTILIDAD****Circle One / Circula Uno**Electric Service Provider /  
Proveedor de servicio eléctrico

Account Number / Número de cuenta

Heat / Calefacción  
Cooling / Refrigeración  
Both / Los dosNatural Gas Provider /  
Proveedor de Gas natural

Account Number / Número de cuenta

Heat / Calefacción  
Cooling / Refrigeración  
Both / Los dosPropane Service Provider /  
Proveedor de servicio de propano

Account Number / Número de cuenta

Heat / Calefacción  
Cooling / Refrigeración  
Both / Los dosWater Service Provider / Proveedor de  
servicio de agua

Account Number / Número de cuenta

Type of AC / Tipo de aire acondicionado  
**(circle one / circula uno)**

Central Air / Aire Central

Window Unit/ Unidad de ventana

None / Ninguno

Type of Heater / Tipo de calentador  
**(circle one / circula uno)**

Central Heat / Calefacción central

Electric Heater / Calentador eléctrico

Fire Place / Chimenea Space Heater / Calentador de gas

Wall Furnace / Calentador de pared

## NEEDS ASSESSMENT/ EVALUACIÓN DE LAS NECESIDADES

Please indicate what needs you have below by circling either “yes” or “no” in each box. If you circle “yes” please explain the need you’re experiencing, so we can assist or refer you to appropriate agency.

*Por favor, indique qué tipo de necesidad que no haya abajo circulado "sí" o "no" en cada caja. Si usted círculo "sí" por favor explique la necesidad de que está experimentando, por lo que podemos ayudar o referir a la agencia apropiada.*

Services	Need/ Necesidad	Explain/ Explique
<b>Emergency Assistance/ Asistencia de emergencia</b> Food, Clothing, Rent/ Comida, Ropa, Renta	Yes/Si  No	
<b>Utility Assistance/ Ayuda de la utilidad</b> Gas, Propane, Electric, Water/ Gas, Propano, Electricidad, Agua	Yes/Si  No	
<b>Counseling/ Asesoramiento</b> Family, Alcohol, Substance abuse, etc./ Familia, Alcohol, Abuso de estupefacientes	Yes/Si  No	
<b>Food Stamps/ Estampillas</b>	Yes/Si  No	
<b>Health Care, Medical, Prescriptions/ Cuidado de la salud, Médicos, Recetas</b>	Yes/Si  No	
<b>Income Assistance/ Asistencia de ingresos</b> SSDI, SS, SSI, TANF, VA, etc.	Yes/Si  No	
<b>Education/ Educación</b> GED, ESL, College. Trade School/ Colegio, Escuela Vocacional	Yes/Si  No	
<b>Transportation/ Transportación</b>	Yes/Si  No	
<b>Child Care/ Guardería</b>	Yes/Si  No	
<b>Employment/ Empleo</b>	Yes/Si  No	
<b>Home Repairs/ Reparaciones del hogar</b>	Yes/Si  No	
<b>Insulation, Weatherization/ Aislamiento, Climatización</b>	Yes/Si  No	
<b>Heating/Cooling Appliance Repairs/ Reparación de aparato de calefacción/refrigeración</b>	Yes/Si  No	
<b>Ceiling Fan, CFL Bulbs, Water Savers/ Techo ventilador, bombillas CFL, ahorradores de agua</b>	Yes/Si  No	

**Authorizations:**

1. The information provided is true and correct to the best of my knowledge and belief.  
*La información proporcionada es verdadera y correcta al mejor de mi conocimiento y creencia.*
2. I understand that my gross household income is annualized at the time of application according to pre-established agency rules and procedures.  
*Entiendo que mi ingreso bruto es anualizada en el momento de aplicación de acuerdo con agencia establecido normas y procedimientos.*
3. I understand that if I change utility companies I must notify the case worker (in writing) within 5 business days of my new utility company and account number with the name on the account. If I do not notify EOAC of my new utility company, I will lose any future payments.  
*Entiendo que si cambio de empresas de servicios públicos debo notificar el/la trabajador/a (por escrito) dentro de 5 días hábiles de mi nueva utilidad empresa y número de cuenta con el nombre de la cuenta. Si no notifica a EOAC de su nueva empresa de servicios públicos, pierde cualquier pagos futuros.*

**I UNDERSTAND THAT I AM SUBJECT TO PROSECUTION FOR PROVIDING FALSE OR FRAUDULENT INFORMATION ON THE APPLICATION.**

***ENTIENDO QUE ESTOY SUJETO A ENJUICIAMIENTO POR PROPORCIONAR INFORMACIÓN FALSA O FRAUDULENTO EN LA APLICACIÓN.***

**Release of Information:**

I release information to the Texas Department of Housing and Community Affairs and EOAC, to solicit /verify information including employment verification needed to provide assistance with my utilities and/or fuel bills, both past and future.

*Yo autorizo al Departamento de vivienda y asuntos comunitarios de Texas y EOAC, para solicitar o verificar mi información, incluyendo la verificación de empleo necesario para proporcionar asistencia con mis utilidades o facturas de combustible, pasados y futuros*

I am an applicant for EOAC Service Programs. I hereby give my permission to release and verify all information requested and understand that it will be kept in strict confidence to be used for program purposes only. I understand that photocopy of this release is a valid as the original and may be used to obtain employment information or verify other data needed to provide services.

*Soy solicitante de EOAC servicio de programas. Por la presente doy mi permiso para liberar y verificar toda la información solicitada y entender que se mantendrá en estricta confidencialidad para ser utilizado sólo con fines de programa. Entiendo que fotocopia de este lanzamiento es una válida como el original y puede utilizarse para obtener empleo información o verificar otros datos necesarios para la prestación de servicios.*

\_\_\_\_\_  
Applicant's Signature / Firma del solicitante

\_\_\_\_\_  
Date / Fecha

\_\_\_\_\_  
EOAC Staff Member

\_\_\_\_\_  
Date



**BUDGET COUNSELING FORM  
(MUST BE COMPLETED)**

Household Name:			
Month of:			
	Amount		Amount
<b>MONTHLY INCOME</b>		<b>LIVING &amp; HEALTH</b>	
Wages (Take home)		Grocery	
SS/SSI/RSDI		Restaurants	
MISCELLANEOUS		Entertainment	
SNAP Benefits		Salon/Hair cuts	
TANF Benefits		Toiletries/Makeup	
Child Support		Clothing	
Unemployment Benefits		Baby Items (diapers/wipes)	
VA Benefits		Dental Insurance	
<b>Total Monthly Income</b>		Health Insurance	
<b>CONTRIBUTIONS</b>		Prescription Meds	
Tithe/Giving		Day Care/Baby Sitter	
Saving/Other		Pet (Food/Vet/Grooming)	
<b>HOME</b>		Postage	
Mortgage/Rent		Eating Out	
Tax/Insurance		<b>DEBT</b>	
Maintenance/Repairs		Car Payment 1	
Household Goods		Car Payment 2	
<b>UTILITIES</b>		Credit Card 1	
Electric		Credit Card 2	
Water/Sewer/Trash		Loan Payment 1	
Gas/Propane		Loan Payment 2	
Cable/Internet		Student Loan	
Phone		Other	
<b>TRANSPORTATION</b>		<b>BUDGET TOTAL</b>	
Insurance		Total Monthly Income	
Gasoline		Total Monthly Expenses	
Maintenance/Repairs		Amount Remaining	

## ENERGY CONSERVATION TIPS/ CONSEJOS DE CONSERVACIÓN DE ENERGÍA

- Keep doors and windows closed and latched in winter.  
Cerrar las ventanas y puertas durante invierno.
- Set furnace thermostat as low and comfortable.  
Baje el termostato del calentador lo más bajo y cómodo.
- Turn down thermostat at night and when away.  
Baje el termostato del calentador en la noche y cuando no está en casa.
- Open drapes on winter days.  
Abra las cortinas en tiempo de invierno.
- Perform routine furnace maintenance.  
Realize mantenimiento a su calentador anualmente.
- Turn off furnace pilot in summer.  
Apague el piloto del calentador durante el verano.
- Open windows for evaporative cooling.  
Abra las ventanas cuando use los abanicos de evaporador.
- Close drapes on summer days.  
Cierre las cortinas durante el verano.
- Perform routine air condition unit maintenance.  
Realize mantenimiento a su aire condición rutinamente.
- Drain water heater residue periodically.  
Limpie el residuo del agua del calentador.
- Turn off lights and appliances when not in use.  
Apague las luces y aparatos eléctricos cuando no están en uso.
- Dry full loads in clothes dryer and use clothesline when applicable.  
Seque cargas completas en secador y usar tendedero cuando corresponda.
- Cook with small appliances instead of oven.  
Cocina con electrodomésticos en lugar de horno.
- Clean refrigerator coils regularly.  
Limpie el inductor de atrás del refrigerador regularmente.
- Set water heater thermostat as low as possible  
Mantenga el termostato del calentador de agua lo más bajo y conveniente.
- Wash clothes with cold or warm water and rinse with cold water.  
Lave la ropa con agua fría o tibia y enjuague con agua fría.

Client Signature \_\_\_\_\_

**(Place copy in client's folder)**

## Termination of Services Notice / Aviso de terminación de servicios

Client Name / Nombre del cliente: \_\_\_\_\_

This notice is to inform you that you will be terminated from the CEAP/CSBG/WAP Program immediately for the following offenses if committed by you, the applicant or any household member:

*Este aviso es para informarle que se cancelara este programa inmediatamente por los siguientes delitos cometido por usted, el solicitante o cualquier miembro del hogar:*

1. Belligerent or threatening behavior toward a staff member or any other person(s) while inside or outside any EOAC office.  
*Comportamiento beligerante o amenazante hacia un miembro del personal o cualquier otra persona mientras dentro o fuera de cualquier oficina EOAC*
2. Verbal abuse to include cussing at or in the presence of a staff member or any other person(s) while inside or outside any EOAC office.  
*Insultos a parte a o en presencia de un miembro del personal o cualquier otra persona (s) mientras que dentro o fuera de cualquier oficina EOAC.*
3. Any type of actual physical confrontation toward a staff member or any other person(s) while inside or outside any EOAC office.  
*Cualquier tipo de confrontación física real hacia un miembro del personal o cualquier otra persona mientras dentro o fuera de cualquier oficina EOAC.*
4. Providing false or misleading information regarding any household member(s).  
*Proporcionar falsa o engañosa información con respecto a cualquier miembro del hogar.*
5. Theft from agency or staff member or any other person(s) while inside or outside any EOAC office. Theft is also identified as not returning EOAC funds refunded by energy company.  
*Robo de agencia o empleado o cualquier otra persona () mientras dentro o fuera de cualquier oficina EOAC. El robo también es identificado como no devolviendo fondos de EOAC reembolsados por la empresa de energía.*
6. Violation of EOAC concealed and open carry handgun and firearm policy.  
*Es una violacion en EOAC llevar armas de fuego ocultas o enseñar es una política.*

I acknowledge that once terminated, I will not be allowed to reapply for **any services** with the Economic Opportunity Advance Corporation (EOAC) for a period of 1 — 2 years depending on the severity of the violation; and the ban from services will remain in effect even if the person(s) who committed the violation moves out.

*Reconozco que una vez terminado, no podrá volver a solicitar con la Corporación económica de Advance oportunidad (EOAC) por un periodo de 1-2 años dependiendo de la gravedad de la infracción; y la prohibición de servicios permanecerá vigente incluso si la persona que cometió la violación se mueve hacia fuera.*

I acknowledge that all documentation of the violation will be maintained in my client file; and that I shall have the right to appeal in writing to the Program Director within 10 days of the violation.

*Reconozco que toda la documentación de la violación se mantendrá en el archivo de mi cliente; y que tendré el derecho a apelar por escrito a la directora del programa dentro de 10 días de la violación.*

\_\_\_\_\_  
Client signature / Firma de cliente

\_\_\_\_\_  
Date / Fecha

**ECONOMIC OPPORTUNITIES ADVANCEMENT CORPORATION  
Weatherization Assistance Program**

**RENOVATE RIGHT**

**Important Lead Hazard Information for Families, Child Care**

**Providers and Schools**

I have received the Environmental Protection Agency Publication EPA-740-K-10-001 "Renovate Right", from an EOAC representative.

*He recibido la ambiental protección Agencia publicación EPA-740-K-10-001, "Renovar la derecha", de un representante de EOAC.*

I understand that, because my home may have been built before 1978, lead-based paint may have been used to paint some or the entire house and I should read this publication and take proper precautions, especially to protect any small children from contact with worn or damaged paint areas.

*Entiendo que, porque mi casa se han construido antes de 1978, pintura a base de plomo se han utilizado para pintar algunos o toda la casa y yo debemos leer esta publicación y tomar las precauciones adecuadas, especialmente para proteger a los niños pequeños de] contacto con zonas de pintura desgastada o dañada.*

I also understand that the proposed weatherization work may cause lead-based paint chips, dust, or other residue to be left in my house.

*También entiendo que los trabajos de climatización propuesto pueden causar astillas de pintura con base de plomo, polvo u otros residuos en mi casa.*

If, after reading this publication, I do not wish to have the proposed weatherization work done, I must call EOAC Weatherization Department at (254) 753-0331 immediately to cancel the proposed work. If I do not call, and the work is done, EOAC will not be responsible for any lead-based paint problems or illness occurring after the Weatherization service is provided.

*Si, después de leer esta publicación, no deseo que los trabajos de climatización de la propuesta, debo llamar EOAC climatización departamento (254) 753-0331 inmediatamente para cancelar el trabajo propuesto. Si no llamo, y se realiza el trabajo, EOAC no será responsable de cualquier problema de plomo en la pintura o enfermedad que ocurre después de que el servicio de climatización.*

Client Signature: \_\_\_\_\_

Date Signed prior to Weatherization Service: \_\_\_\_\_



CLIENT CONSENT AND RELEASE OF INFORMATION

MAACLink is a computer system that is used locally as a Homeless Management Information System (HMIS). Use of an HMIS is required by the US Department of Housing and Urban Development (HUD) for agencies that receive HUD funding. MAACLink is not electronically connected to HUD and is only used by authorized agencies. All MAACLink users have received confidentiality training and have signed strict agreements to protect clients' personal information and limit its use appropriately.

A Privacy Notice is available at participating agencies. It provides details on how member agencies and their employees handle client information and data sharing.

I give permission to EOAC (Agency Name) to collect and enter my personal and household information into the MAACLink computer system.

I understand that the MAACLink system is shared with and used by authorized agencies in my community for the purposes of:

1. Assessing the needs of low-income, homeless or other special-needs people in order to give better assistance and to improve their current or future situations.
2. Improving the quality of care and service for people in need.
3. Tracking the effectiveness of community efforts to meet the needs of people who have received assistance.
4. Reporting data on an aggregate level that does not identify specific people or their personal information.

I understand that:

- Information I give about my physical or mental health will NOT be shared outside the agency I am working with.
- I have the right to view my MAACLink file with an authorized user.
- Signing this release form does not guarantee that I will receive assistance.
- I may revoke my authorization by completing a revocation form.
- All agencies that use MAACLink will treat my information with respect and in a professional and confidential manner.
- Unauthorized people or organizations cannot gain access to my information without my consent.
- If I receive services from Homeless Prevention Rapid Re-Housing Federal Stimulus (HPRP) Funds, my information may be viewed by other participating agencies across Continuums of Care.

Client Name (Printed)	Client Signature	Date
-----------------------	------------------	------

Agency Representative Name (Printed)	Agency Representative Signature	Date
--------------------------------------	---------------------------------	------

## Permiso del Cliente y Autoridad Para Divulgar la Información

MAACLink es un sistema de computadora que se usa en zonas locales como un Sistema de Manejar la Información de Personas sin Hogar (HMIS son las siglas en inglés). El uso de un HMIS es obligado por el Departamento Federal de Hogar Desarrollo Urbano (LI11J2..son las siglas en inglés) para las agendas que reciben fondos de HJ.I.D.. MAACLink no tiene ninguna conexión electrónica con LI11J2\_ y es usado únicamente por agendas autorizadas. Todos los que usan MAACLink han recibido entrenamiento en la confidencialidad y han firmado acuerdos muy estrictos para proteger la información personal de los clientes y limitar apropiadamente su USO.

Una Noticia de la Confidencialidad de Datos Personales se puede conseguir en las agencias que participan en este programa. Esa Noticia explica los detalles de cómo las agencias participantes y sus empleados manejan la información personal de clientes y cómo comparten esa información.

Yo doy mi permiso a EOAC (El nombre de la Agencia) para recoger la información de mi persona y de los de mi casa y anotarla en el sistema MAACLink de la computadora.

Yo entiendo que el sistema MAACLink se comparte con agencias autorizadas en mi comunidad y se usa con el propósito de:

1. Determinar las necesidades de familias de fondos escasos, personas sin hogar, u otras personas con necesidades especiales para poder darles mejor ayuda y mejorar su situación actual o futura.
2. Mejorar la calidad de cuidado y servicio de personas en necesidad.
3. Seguir la efectividad de los esfuerzos de la comunidad en suplir las necesidades de las personas quienes han recibido ayuda.
4. Anotar los datos en un nivel total que no identifica personas específicas ni su información personal.

Entiendo que:

- Todas las agendas que usen MAACLink tratarán mi información en una manera profesional y confidencial.
- El firmar este documento de permiso no garantiza que yo reciba asistencia.
- La información mía podrá compartirse con entidades (tales como proveedor de utilidades, dueños de casa, y otros) para poder darme el servicio que solicito.
- Tengo el derecho de recibir una copia impresa de todos mis datos en MAACLink,

\_\_\_\_\_ (Si gusta) Ponga una "x" aquí si da su permiso de incluir su foto en MAACLink.

_____ Nombre del Solicitante, letra de molde	_____ Firma del Solicitante	_____ Fecha
_____ Nombre de Representante de la Agenda Letra de molde	_____ Firma de Representante de la Agenda	_____ Fecha

Cada agenda MAACLink va a exigir que usted firme este documento, al menos cada año. Después de firmar este documento si Ud. decide que ya no quiere que sus datos se entren en MAACLink, por favor llene el documento de Revocación. Si Ud. no revoca este documento, vencerá automáticamente el \_\_\_\_\_ o un año después de haber firmado este documento.  
MidAmeri.ca Assistance Coalition.- MAACLink.. KC 6-2014

**DECLARATION OF INCOME STATEMENT  
(DECLARACION DE INGRESOS)**

Applicant Name (Nombre del Solicitante)	Applicant Last Name (Apellido)	Suffix (Sufijo)
Address (Dirección)	City (Ciudad)	Zip Code (Código Postal)

State the gross income for household members, 18 years and older, who have no documentation of the income received in the **30 day period** prior to the date of application for assistance: *(Declarar el ingreso recibido por los miembros de su hogar, que tienen 18 años de edad ó mas, y que no tienen documentación de ingresos por los 30 dias antes del aplicar para asistencia)*

Name (Nombre)	Gross Income Received (Ingreso Bruto Recibido)
Name (Nombre)	Gross Income Received (Ingreso Bruto Recibido)
Name (Nombre)	Gross Income Received (Ingreso Bruto Recibido)
Name (Nombre)	Gross Income Received (Ingreso Bruto Recibido)

My household has no documented proof of income due to the following situation *(Mi hogar no tiene prueba para documentar los ingresos por medio de tal razones):*

---



---

I certify that the above information is true and correct to the best of my knowledge and belief. *(Yo certifico que la información proveida de los ingresos es verdadera y correcta según mi saber y creencia.)*

I understand that the information will be verified to the extent possible; and that I may be subject to prosecution for providing false or fraudulent information. *(Comprendo que la información será verificada hasta donde sea posible y que puedo ser enjuiciado por haber proveido información falsa ó fraudulenta.)*

\_\_\_\_\_  
(Applicant Signature/Firma del Solicitante)

(Date/Fecha)