



Antes de completar la solicitud, asegúrese de que puede demostrar que califica para recibir asistencia de alquiler y que puede proporcionar oportunamente toda la documentación que se indica a continuación para considerarse. Por favor avísenos si no puede hacerlo lo antes posible, ya que hay una lista de espera larga para este programa. Por favor revise su paquete de solicitud cuidadosamente antes de enviar, ya que las solicitudes incompletas no se considerarán para su aceptación en el programa.

Puede entregar su solicitud completa con los documentos justificativos requeridos de una de las siguientes maneras:

- Por Correo:** SBCS 430 F Street Chula Vista, CA 91910
- Por Correo Electrónico:** rentalassistance@csbcs.org
Asegúrese de incluir todos los documentos de apoyo con su correo electrónico.
- Dejar en Persona:** SBCS está ubicado en el edificio Ken Lee en 430 F Street, Chula Vista, CA 91910 *(Lunes-Viernes 8:30am-5:00pm)*

Para ser elegible y considerado para el programa, usted debe cumplir con cada uno de los siguientes requisitos calificativos:

1. Debe ser un Ciudadano o Residente Permanente de los Estados Unidos
2. Debe tener un contrato de alquiler válido por escrito a su nombre para una vivienda ubicada en la Ciudad de Chula Vista
3. La renta debe estar dentro de las Tarifas Justas de Mercado *(Vea la tabla a continuación para determinar las Tarifas Justas de Mercado)*

Estudio	1 Recámara	2 Recámaras	3 Recámaras	4 Recámaras
\$ 1,404	\$ 1,566	\$ 2,037	\$ 2,894	\$ 3,576

4. Los ingresos totales del hogar deben ser igual o menos del 60% del Ingreso Medio del Área *(indicado a continuación)*

SBCSSanDiego.org • 619-420-3620 • 430 F Street • Chula Vista, CA 91910





Programa/Personas	1 Persona	2 Personas	3 Personas	4 Personas	5 Personas	6 Personas	7 Personas	8 Personas
Un 60% Limite de Ingresos	\$48,500	\$55,450	\$62,400	\$69,300	\$74,850	\$80,400	\$85,950	\$91,500

5. Debe estar al día en toda(s) la(s) renta(s) antes de Marzo de 2020.
6. La solicitud de asistencia de alquiler debe ser debido al impacto directo de COVID-19 (coronavirus)

Ejemplos de impactos de COVID-19 incluyen, entre otros, los siguientes:

- *Perdida de trabajo, licencia obligatoria sin goce de sueldo, o despedida*
- *Reducción de horas de trabajo o de pago*
- *Cierre de tienda, restaurante, oficina u otro negocio*
- *La necesidad de faltar al trabajo durante un período prolongado para cuidar a un niño en edad escolar obligado a casa o una persona de edad avanzada si ningún otro adulto responsable está disponible para proporcionar tal cuidado.*
- *Complicaciones médicas o factores de riesgo relacionados con COVID-19*

Asegúrese de que toda la documentación que se indica a continuación se adjunta a su solicitud para considerarse para la asistencia de alquiler. Si no proporciona toda la documentación, se descalificará su solicitud de asistencia y no se le permitirá volver a solicitar este programa.

- Copia de Identificación emitida por el Gobierno para cada Miembro Adulto del Hogar
- El Recibo de Pago más reciente (si existe) para cada Miembro Adulto del Hogar
- Prueba más reciente de todos los otros ingresos para cada Miembro Adulto del Hogar
- Prueba del mes más reciente de Estados de Cuenta Bancarios, 401k, Póliza de Seguro de Vida o cualquier otra divulgación de activos para cada Miembro Adulto del Hogar
- Prueba de la circunstancia de COVID-19 como se indicó en

SBCSSanDiego.org • 619-420-3620 • 430 F Street • Chula Vista, CA 91910





su solicitud (i.e., prueba de desempleo, médico, cuidado de niño, etc.)

- Copia del Contrato de Alquiler o Arrendamiento
- Copia de la carta al dueño/propietario explicando su incapacidad para pagar la renta
- Autorización para la Divulgación de Información para cada Miembro Adulto del Hogar
- Acuse de Recibo de Aviso de Prácticas de Privacidad para cada Miembro Adulto del Hogar, con firma

Si tiene alguna pregunta con respecto a la solicitud y los documentos necesarios, por favor envíe un correo electrónico a rentalassistance@csbcs.org o llame al 619-420-3620 e indique que necesita ayuda con su solicitud de asistencia de alquiler.

Solicitantes recibirán confirmación del recibo de la solicitud dentro de 5-7 días hábiles.

SBCSSanDiego.org • 619-420-3620 • 430 F Street • Chula Vista, CA 91910





**DECLARACIÓN PERSONAL Y CUESTIONARIO DEL PROGRAMA
DE ASISTENCIA *TENANT BASED RENTAL ASSISTANCE***

AVISO

ESTE PROGRAMA DE *TENANT BASED RENTAL ASSISTANCE* (TBRA) ESTÁ DISPONIBLE A TRAVÉS DE FONDOS DE SUBVENCIÓN LIMITADOS PROPORCIONADOS POR LA CIUDAD DE CHULA VISTA BAJO EL PROGRAMA *HOME INVESTMENT PARTNERSHIPS PROGRAM* (HOME) PARA PROPORCIONAR ASISTENCIA DE VIVIENDA A HOGARES DE BAJOS INGRESOS QUE ENFRENTAN DIFICULTADES FINANCIERAS EXCESIVAS ATRIBUIBLES A LA PANDEMIA COVID-19.

LA PRESENTACIÓN DE ESTA SOLICITUD Y LA DOCUMENTACIÓN JUSTIFICATIVA REQUERIDA DE NINGUNA MANERA GARANTIZA LA ACEPTACIÓN DEL SOLICITANTE EN EL PROGRAMA O LA PROVISIÓN DE CUALQUIER OTRO BENEFICIO DE ASISTENCIA DE VIVIENDA, AUN SI SE CUMPLEN TODOS LOS REQUISITOS DE ELEGIBILIDAD. TODAS LAS CONCESIONES DEPENDEN DE LA FINANCIACIÓN DISPONIBLE. CONSIDERANDO LA DEMANDA ALTA Y FINANCIACIÓN LIMITADA ASOCIADA CON ESTE PROGRAMA, LOS SOLICITANTES NO DEBEN CONFIAR EXCLUSIVAMENTE EN LA PRESENTACIÓN DE ESTA SOLICITUD DE BENEFICIOS DE ASISTENCIA DE VIVIENDA Y SE LES RECOMIENDA QUE BUSQUEN SIMULTÁNEAMENTE CUALQUIERA Y TODAS LAS DEMÁS OPORTUNIDADES DE VIVIENDA QUE PUEDAN ESTAR DISPONIBLES.

LAS SOLICITUDES SE PROCESARÁN POR ORDEN DE LLEGADA SOBRE LA BASE DE LA PRESENTACIÓN DE LA SOLICITUD ADECUADAMENTE Y TOTALMENTE COMPLETADA CON TODOS LOS DOCUMENTOS JUSTIFICATIVOS REQUERIDOS.

SBCSSanDiego.org • 619-420-3620 • 430 F Street • Chula Vista, CA 91910



DECLARACIÓN PERSONAL Y CUESTIONARIO DEL PROGRAMA DE ASISTENCIA TENANT BASED RENTAL ASSISTANCE

CONTESTE TODAS LAS PREGUNTAS COMPLETAMENTE Y PRECISAMENTE PARA TODAS LAS PERSONAS QUE RESIDEN O TIENEN LA INTENCIÓN DE RESIDIR EN LA VIVIENDA DE ASISTENCIA

A. COMPOSICIÓN DEL HOGAR:

INFORMACIÓN SOBRE LOS ADULTOS EN SU HOGAR

1. Jefe de Familia – Escriba su nombre e información personal:

Apellido, Nombre, Inicial del Segundo Nombre		Sexo	Número de Seguro Social	Fecha de Nacimiento	Lugar de Nacimiento
		<input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer			
Mejor Número de Teléfono de Contacto	# de Lic. de Conducir o Identificación	<input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Negro/Afroamericano <input type="checkbox"/> Hispano/Latino <input type="checkbox"/> No-Hispano <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Isleño Pacífico <input type="checkbox"/> Indio Americano/Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Otra			
()					
Dirección			Ciudad	Estado	Código Postal
Marque todas las que correspondan:					
<input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Viudo <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado <input type="checkbox"/> Discapacitado <input type="checkbox"/> Retirado <input type="checkbox"/> Empleado <input type="checkbox"/> Desempleado <input type="checkbox"/> Estudiante					

2. Escriba el nombre de su cónyuge u otro adulto e información personal:

Apellido, Nombre, Inicial del Segundo Nombre		Sexo	Número de Seguro Social	Fecha de Nacimiento	Lugar de Nacimiento
		<input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer			
Relación a Jefe de Familia	# de Lic. de Conducir o Identificación	<input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Negro/Afroamericano <input type="checkbox"/> Hispano/Latino <input type="checkbox"/> No-Hispano <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Isleño Pacífico <input type="checkbox"/> Indio Americano/Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Otra			
Marque todas las que correspondan:					
<input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Viudo <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado <input type="checkbox"/> Discapacitado <input type="checkbox"/> Retirado <input type="checkbox"/> Empleado <input type="checkbox"/> Desempleado <input type="checkbox"/> Estudiante					

Si es necesario, use hojas de papel en blanco para proporcionar la misma información anterior para cada adulto adicional en el hogar.

INFORMACIÓN SOBRE LOS NIÑOS EN SU HOGAR

1. Enumere cada niño/niña menor de 18 años que vive o permanece con usted:

Apellido, Nombre, Inicial del Segundo Nombre		Sexo	Número de Seguro Social	Fecha de Nacimiento	Lugar de Nacimiento
		<input type="checkbox"/> Niño <input type="checkbox"/> Niña			
Relación a Jefe de Familia	Niño de Acogida	<input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Negro/Afroamericano <input type="checkbox"/> Hispano/Latino <input type="checkbox"/> No-Hispano <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Isleño Pacífico <input type="checkbox"/> Indio Americano/Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Otra			
	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No				

2. Enumere cada niño/niña menor de 18 años que vive o permanece con usted:

Apellido, Nombre, Inicial del Segundo Nombre		Sexo	Número de Seguro Social	Fecha de Nacimiento	Lugar de Nacimiento
		<input type="checkbox"/> Niño <input type="checkbox"/> Niña			
Relación a Jefe de Familia	Niño de Acogida	<input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Negro/Afroamericano <input type="checkbox"/> Hispano/Latino <input type="checkbox"/> No-Hispano <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Isleño Pacífico <input type="checkbox"/> Indio Americano/Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Otra			
	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No				

3. Enumere cada niño/niña menor de 18 años que vive o permanece con usted:

Apellido, Nombre, Inicial del Segundo Nombre		Sexo	Número de Seguro Social	Fecha de Nacimiento	Lugar de Nacimiento
		<input type="checkbox"/> Niño <input type="checkbox"/> Niña			
Relación a Jefe de Familia	Niño de Acogida	<input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Negro/Afroamericano <input type="checkbox"/> Hispano/Latino <input type="checkbox"/> No-Hispano <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Isleño Pacífico <input type="checkbox"/> Indio Americano/Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Otra			
	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No				

Si es necesario, use hojas de papel en blanco para proporcionar la misma información anterior para cada niño/niña adicional en el hogar.

B. ALOJAMIENTO RAZONABLE:

¿Necesita una acomodación específica/especial para utilizar plenamente los servicios de nuestra agencia? Sí No
 Si la respuesta es SÍ, por favor especifique cómo podemos acomodar su discapacidad:

C. EMPLEO: Se puede solicitar más información sobre los ingresos más adelante.

No está empleado(a) actualmente Sí No

1. Miembro del hogar que está trabajando actualmente:

Apellido, Nombre			Empleado por Cuenta Propia	Fecha de Inicio de Empleo	Ocupación
			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
Horas Trabajadas Semanalmente	Salario por Hora	Propinas por Semana	¿Con qué frecuencia le pagan?	Nombre del Empleador	
	\$	\$			
Dirección del Empleador (Calle, Ciudad, Estado, Código Postal)				# de Tel. del Empleador	# de Fax del Empleador
				()	()

2. Miembro del hogar que está trabajando actualmente:

Apellido, Nombre			Empleado por Cuenta Propia	Fecha de Inicio de Empleo	Ocupación
			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
Horas Trabajadas Semanalmente	Salario por Hora	Propinas por Semana	¿Con qué frecuencia le pagan?	Nombre del Empleador	
	\$	\$			
Dirección del Empleador (Calle, Ciudad, Estado, Código Postal)				# de Tel. del Empleador	# de Fax del Empleador
				()	()

Si es necesario, use hojas de papel en blanco para proporcionar información adicional.

D. INFORMACIÓN SOBRE SU APARTAMENTO:

Describe su apartamento actual y el historial de alquiler:

Precio de Alquiler Mensual	Número de Recámaras	Al día/buen cliente antes de COVID-19	¿Cuántos meses de retraso en alquiler?	Cantidad Total de Atrasos	Nombre del Propietario	Número de Teléfono y Correo Electrónico del Propietario
		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No				

E. INFORMACIÓN SOBRE OTROS INGRESOS: Por favor proporcione la prueba actual de cualesquiera ingresos reportados a continuación. Marque SÍ o NO para cada tipo de ingreso.

Si la respuesta es SÍ, complete toda la información requerida para los ingresos recibidos o que se espera recibir por o para cualquier miembro del hogar, incluidos los niños. Si es necesario, informe de cualquier otra fuente adicional en una hoja de papel separada.

Tipo de Ingresos	¿Recibe este tipo de Ingresos?	Quien Recibe los Fondos	Nombre y Dirección del Proveedor	Cantidad Mensual \$
Beneficios de Seguro Social - SSA y/o SSI	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
CALWORKS	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
Estampillas de Comida/CalFresh	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
Seguro Estatal de Incapacidad	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
Seguro de Compensación al Trabajador	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
Seguro de Desempleo	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
Beneficios del Veterano	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
Pago/Asignación Militar	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
Pensión o Jubilación	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
Pensión Alimenticia	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
Pensión Conyugal	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
Contribuciones	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
Regalos o Préstamos	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
Ingresos del Alquiler	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
Ayuda Financiera Escolar	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
Otro(s) Ingreso(s)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			

Si es necesario, informe de cualquier otra fuente adicional en una hoja de papel en blanco separada.

F. INFORMACIÓN SOBRE ACTIVOS/BIENES: Debe proporcionar el comprobante actual del activo (cuenta bancaria, etc.) que se indica a continuación.

Por favor explique a continuación para cada Miembro Adulto del Hogar. Los activos incluyen cuentas corrientes, cuentas de ahorros, 401k, etc.

Nombre del Miembro de la Familia	Descripción de Activo(s)	Saldo/Valor	Nombre de Institución

G. OTRA INFORMACIÓN:

NECESIDAD DE ASISTENCIA

¿Es su necesidad para asistencia debido a COVID-19? Si la respuesta es Sí, por favor explique a continuación. Sí No

Consecuencia de COVID-19
<input type="checkbox"/> Tuve una reducción en las horas de trabajo debido a COVID-19
<input type="checkbox"/> Perdí mi trabajo debido a COVID-19 (es decir, cierre de negocio temporal, cierre de negocio permanente)
<input type="checkbox"/> No puedo trabajar debido a la falta de cuidado infantil y/o cierre de escuelas debido a COVID-19
<input type="checkbox"/> Yo (o mis hijos) tengo/tienen una condición médica grave subyacente como enfermedad cardíaca, enfermedad pulmonar crónica, diabetes o cáncer, y no puedo trabajar debido a COVID-19

¿Huye de la violencia doméstica? Sí No

Violencia Doméstica
<input type="checkbox"/> Se proporciona informe policial
<input type="checkbox"/> Se proporciona una orden de restricción temporal
<input type="checkbox"/> Dejando la situación actual de vivienda debido a la violencia doméstica
<input type="checkbox"/> Actualmente en refugio/vivienda de violencia doméstica

¿Es el complejo en el que reside el solicitante o que está intentando residir, financiado por un programa de vivienda como la Sección 8 o un proyecto de Vivienda Asequible de Bajos Ingresos? Sí No

El financiador de South Bay Community Services mantiene una política de tolerancia de cero para la actividad criminal relacionada con las drogas o violencia. Según el financiador, los miembros del hogar no pueden participar en actividades delictivas violentas o relacionadas con las drogas, ni pueden participar en actividades delictivas que amenacen la salud, la seguridad o el derecho al disfrute pacífico de otros residentes y personas que residen en las inmediaciones de los locales (véase 24CFR 982.553). Según el financiador, los delitos previos de narcóticos o abuso de drogas deben ser reportados incluso si el solicitante/participante ha completado con éxito un programa de desvío de narcóticos o abuso de drogas (Código Penal Sección 1000). Según el financiador, el registro que pertenece a la detención que resulte en la finalización exitosa de un programa de desvío no se utilizará, sin el consentimiento del desviado, de ninguna manera que pueda resultar en la denegación de cualquier beneficio.

ACTIVIDAD DELICTIVA RELACIONADA CON LAS DROGAS: "La fabricación ilegal, venta, distribución, uso o posesión ilegal con la intención de fabricar, vender, distribuir o usar, de una sustancia controlada (según se define en la Ley de Sustancias Controladas, 21 U.S.C. 802(6))."

ACTIVIDAD DELICTIVA VIOLENTA: Cualquier actividad criminal ilegal que tenga como uno de sus elementos el uso, intento de uso o amenaza de uso de la fuerza física contra la persona o propiedad de otro.

¿Ha sido usted o algún miembro de su hogar arrestado o involucrado en alguna actividad criminal relacionada con drogas?

Sí No

Si Sí, ¿Quién? (Nombre)	Fecha Implicada	Ciudad/Estado o Condado (donde fue arrestado o involucrado)	Tipo de Droga en su arresto/participación

¿Ha sido usted o algún miembro de su hogar arrestado o involucrado en alguna actividad criminal violenta, incluyendo la amenaza del uso de la fuerza física contra una persona o propiedad de otra persona? Sí No

Si Sí, ¿Quién? (Nombre)	Fecha Implicada	Ciudad/Estado o Condado (donde fue arrestado o involucrado)	Breve Descripción de Actividad

¿Ha sido usted a algún miembro de su hogar arrestado o involucrado en alguna actividad de abuso de alcohol? Sí No

Si Sí, ¿Quién? (Nombre)	Fecha Implicada	Ciudad/Estado o Condado (donde fue arrestado o involucrado)	Breve Descripción de Actividad

¿Está usted, o cualquier miembro actual o futuro del hogar sujeto a un requisito de registro de delincuente sexual de por vida?

Sí No

Si Sí, ¿Quién? (Nombre)	Ciudad/Estado de Registro	Fecha de Registro como Delincuente Sexual

¿Usted o algún miembro del hogar ha sido arrestado o llevado a la cárcel o prisión por cualquier razón? Sí No

Si Sí, ¿Quién? (Nombre)	Fecha de Arresto	Ciudad/Estado o País donde fue arrestado	Breve Descripción de Arresto



H. RESPONSABILIDADES DE PRESENTACIÓN DE INFORMES:

AVISO: EL TITULO 18, SECCIÓN 1001 DEL CÓDIGO DE LOS ESTADOS UNIDOS, ESTABLECE QUE UNA PERSONA ES CULPABLE DE UN DELITO GRAVE POR HABER HECHO DECLARACIONES FALSAS O FRAUDULENTAS A SABIENDAS O VOLUNTARIAMENTE A CUALQUIER DEPARTAMENTO O AGENCIA DE LOS ESTADOS UNIDOS. HACER DECLARACIONES FALSAS ES UN DELITO GRAVE BAJO LA LEY DEL ESTADO DE CALIFORNIA (SECCIONES DEL CÓDIGO PENAL: 115, 118, 487 Y 532) Y PUEDE RESULTAR EN CARGOS CRIMINALES INCLUYENDO PERJURIO, ROBO, PRESENTAR DOCUMENTOS FALSOS CON UNA OFICINA O AGENCIA PUBLICA, Y OBTENER DINERO BAJO PRETENSIONES FALSAS.

Entiendo/Entendemos que las declaraciones falsas y las falsificaciones son punibles bajo las leyes federales y estatales. Las adiciones al hogar deben ser aprobadas por adelantado a menos que se deban al nacimiento, adopción o custodia otorgada por la corte.

También entiendo/entendemos que yo/nosotros podemos ser responsables de cualquier reclamación por alquiler no pagado, danos o perdida de vacante pagada por South Bay Community Services en mi nombre, o por el pago completo de la asistencia de vivienda.

Declaro, bajo pena de perjurio bajo las leyes de los Estados Unidos de América y el Estado de California, que la información contenida en este cuestionario es verdadera, correcta y completa.

Firma del/de la Jefe(a) de la Familia Fecha

Firma del/de la Jefe(a) de la Familia Fecha

Firma de Otro Adulto Fecha

Firma de Otro Adulto Fecha

Firma de Otro Adulto Fecha

Firma de Otro Adulto Fecha

PARA EL USO DE SOUTH BAY COMMUNITY SERVICES SOLAMENTE

Certifico que he revisado esta Declaración Personal y Cuestionario del Programa de Asistencia *Tenant Based Rental Assistance* y todas las verificaciones y documentos de apoyo proporcionados según lo requerido por las directrices del Programa.

Nombre de Especialista

Firma de Especialista

Fecha



SBCS no negará a ningún residente la igualdad de oportunidades para solicitar o recibir asistencia bajo cualquier programa administrado sobre la base de raza, color, sexo, religión, credo, origen nacional o étnico, edad, estado familiar o civil, discapacidad, fuente de ingresos u orientación sexual.



Aviso de Prácticas de Privacidad de SBCS
Fecha Efectiva: 14 de Abril, 2003
(Revisado el 01/27/2021)

ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO SE PUEDE USAR Y DIVULGAR SU INFORMACIÓN MÉDICA Y CÓMO PUEDE OBTENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN.
POR FAVOR REVÍSELO CON CUIDADO.

ACERCA DE SBCS Y ESTE AVISO

SBCS es una organización comunitaria sin fines de lucro que proporciona a los niños, jóvenes y familias en el área de South Bay con servicios que refuerzan el papel de la familia en nuestra comunidad y ayudan a las personas a aspirar de manera realista a vidas de autorrealización.

Este Aviso se aplica a la información y registros con respecto a su atención médica, si la hay, mantenida en SBCS. SBCS está obligado por ley a proporcionarle este Aviso para que usted entienda cómo podemos usar o compartir su información médica, a la que se hace referencia en este Aviso como Información Médica Protegida (PHI, por sus siglas en inglés) o simplemente Información Médica. Estamos obligados por ley a asegurarnos de que su información médica esté protegida y cumplir con los términos descritos en este Aviso que está actualmente en vigor. Si tiene alguna pregunta sobre este Aviso, por favor pregúntele al Socio de SBCS que trabaja con usted y/o su familia para obtener más información.

ENTENDIMIENTO DE SU HISTORIAL MÉDICO E INFORMACIÓN

Cada vez que SBCS le proporciona servicios relacionados con la salud, se realiza una entrada en su registro que puede contener información médica y financiera relacionada. Por lo general, esta entrada contiene información sobre usted, su situación o condición, el tratamiento que proporcionamos y el pago por el tratamiento. Podemos usar y/o divulgar esta información para:

- Planificar su atención y tratamiento
- Comunicarnos con otro profesional de salud que toma parte en su cuidado
- Documentar la atención que recibe
- Educar a los profesionales de la salud
- Proporcionar información para la investigación médica

- Proporcionar información a los funcionarios de salud pública
- Evaluar y mejorar la atención que proporcionamos
- Obtener el pago de la atención que proporcionamos

El entendimiento de lo que está en su registro y cómo se utiliza su información médica le ayuda a:

- Asegurarse de que sea precisa
- Comprender mejor quién puede acceder a su información médica
- Tomar decisiones más informadas cuando autorice la divulgación a otros

CÓMO PODEMOS USAR Y DIVULGAR INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA SOBRE USTED

Las siguientes categorías describen las maneras en que usamos y divulgamos información médica. No se enumerarán todos los usos o divulgaciones de una categoría. Sin embargo, todas las maneras en que se nos permite usar y divulgar información se dividirán en una de las categorías:

- Para Tratamiento. Podemos usar o divulgar información médica sobre usted para proporcionarle el tratamiento o los servicios que mejor corresponden con sus preocupaciones y necesidades. Podemos divulgar información médica sobre usted a nuestros trabajadores social, directores de departamento, pasantes u otro personal de SBCS que estén involucrados en proporcionarle servicios con su consentimiento. Por ejemplo, el personal de SBCS en nuestro Departamento de Bienestar Familiar y Autosuficiencia puede necesitar compartir su información médica con nuestro personal del Departamento de Servicios de Salud Mental para Niños a fin de determinar los servicios más apropiados para usted.
- Para los Pagos de Cuenta. Podemos usar y divulgar información médica sobre usted para que el tratamiento y los servicios que recibe en uno de nuestros programas se le facturen a usted, a una compañía de seguros o a un tercero. Por ejemplo, para poder coleccionar el pago, es posible que necesitemos compartir información con su plan de salud o con nuestros financiadores de programas sobre los servicios y la asistencia que se le proporciona. También podemos informarle a su plan de salud sobre un tratamiento que va a recibir para obtener aprobación previa o para determinar si su plan cubrirá el tratamiento.
- Para Operaciones del Programa y la Atención Médica. Podemos usar y divulgar información médica sobre usted para nuestras operaciones diarias. Esto es necesario para asegurar que todos los clientes reciban atención de calidad. Por ejemplo, podemos utilizar la información de salud para la

evaluación de calidad y actividades de la mejora y para desarrollar y evaluar protocolos clínicos. También podemos usar y divulgar información para revisión profesional, evaluación de desempeño y para programas de capacitación. Otros aspectos de las operaciones de atención médica que pueden requerir el uso y la divulgación de su información médica incluyen la acreditación, certificación, actividades de licencias y acreditación, revisión y auditoría, incluyendo revisiones de cumplimiento, revisiones médicas, servicios legales, programas de cumplimiento de normas y la administración.

OTROS USOS PERMITIDOS DE SU INFORMACIÓN MÉDICA

- **Divulgación a Su Solicitud.** Podemos divulgar información cuando usted lo solicite. Esta divulgación a su solicitud puede requerir una autorización por escrito de usted.
- **Socios de Negocios.** Hay algunos servicios proporcionados en nuestras instalaciones a través de contratos con socios/colegas de negocios. Algunos ejemplos incluyen profesionales médicos o un servicio de fotocopias que usamos al hacer copias de sus registros médicos. Cuando se contratan estos servicios, podemos divulgar su información médica para que puedan realizar el trabajo que les hemos pedido y cobrarle a usted o a su pagador tercero por los servicios prestados. Sin embargo, para proteger su información médica, requerimos que el socio proteja su información adecuadamente.
- **Beneficios y Servicios Relacionados con la Salud y Recordatorios de Citas.** Podemos ponernos en contacto con usted para proporcionarle recordatorios de citas o información sobre alternativas de tratamiento u otros beneficios y servicios relacionados con la salud que puedan ser de su interés.
- **Personas Involucradas en su Cuidado o el Pago por su Cuidado.** Con su consentimiento, podemos divulgar información médica sobre usted a un amigo o familiar que esté involucrado en su cuidado. También podemos dar información a alguien que le ayuda a pagar por su atención.
- **Conforme a la Ley.** Divulgaremos información médica sobre usted cuando así lo requiera la ley federal, estatal o local.
- **Para Evitar una Amenaza Grave a Salud o Seguridad.** Podemos usar y divulgar información médica sobre usted para prevenir una amenaza grave a su salud y seguridad o la salud y seguridad del público u otra persona. Haríamos esto sólo para ayudar a prevenir la amenaza.
- **Militares y Veteranos.** Si usted es miembro de las fuerzas armadas, podemos divulgar información médica sobre usted según lo requieran las autoridades militares. También podemos divulgar información médica sobre personal militar extranjero a la autoridad militar extranjera apropiada.

- Investigación. En ciertas circunstancias, y generalmente con su consentimiento, podemos usar y divulgar información médica sobre usted con fines de investigación. Sin embargo, todos los proyectos de investigación están sujetos a un proceso de aprobación especial. Este proceso evalúa un proyecto de investigación propuesto y su uso de la información médica, tratando de equilibrar las necesidades de investigación con la necesidad de los clientes de privacidad de su información médica. Antes de usar o divulgar información médica para la investigación, el proyecto habrá sido aprobado a través de este proceso de aprobación de investigación. Con su consentimiento, podemos divulgar información médica sobre usted a personas que se preparan para llevar a cabo un proyecto de investigación siempre y cuando la información que revisen no salga de nuestra agencia.
- Indemnización Laboral. Podemos divulgar información médica sobre usted para compensación de trabajadores o programas similares. Estos programas proporcionan beneficios para lesiones o enfermedades relacionadas con el trabajo.
- Informes/Notificaciones. Las leyes federales y estatales pueden requerir o permitir que la instalación divulgue cierta información de salud relacionada con lo siguiente:
 - Riesgos para la Salud Pública. Podemos divulgar información médica sobre usted para fines de salud pública, que incluyen:
 - Prevención o control de enfermedades, lesiones o discapacidades
 - Informar sobre nacimientos y muertes;
 - Informar sobre el abuso o negligencia de menores;
 - Notificar a una persona que puede haber estado expuesta a una enfermedad o puede estar en riesgo de contraer o propagar una enfermedad;
 - Notificar a la autoridad gubernamental apropiada si creemos que un residente ha sido víctima de abuso, negligencia o violencia doméstica. Solo haremos esta divulgación si usted está de acuerdo o cuando sea requerido o autorizado por la ley.
- Actividades de Supervisión de Programas y Salud. Podemos divulgar información médica o actividades relacionadas con servicios a una agencia de supervisión para actividades autorizadas por la ley. Estas actividades de supervisión pueden incluir auditorías, investigaciones, inspecciones y

licencias. Estas actividades son necesarias para que el gobierno supervise el sistema de atención médica, los programas gubernamentales y conformidad con leyes de derechos civiles.

- Procedimientos Judiciales y Administrativos. Si está involucrado en una demanda o disputa, podemos divulgar información médica sobre usted en respuesta a una orden judicial o administrativa, o en el curso de ciertos procedimientos judiciales o administrativos. También podemos divulgar información médica sobre usted en respuesta a una citación, solicitud de descubrimiento u otro proceso legal por parte de otra persona involucrada en la disputa, pero solo si se han hecho esfuerzos para informarle sobre la solicitud u obtener una orden que proteja la información solicitada.
- Para Reportar/Denunciar Abusos, Negligencias o Violencia Doméstica. Notificando a la agencia gubernamental apropiada si creemos que un cliente ha sido víctima de abuso, negligencia o violencia doméstica:
- Agentes Policiales. Podemos divulgar información médica cuando lo solicite un agente de la ley:
 - En respuesta a una orden judicial, citación, orden judicial o proceso similar;
 - Para identificar o localizar a un sospechoso, fugitivo, testigo material o persona desaparecida;
 - Sobre usted, la víctima de un delito, si en determinadas circunstancias limitadas, no podemos obtener su acuerdo;
 - Sobre una muerte que creemos puede ser el resultado de una conducta criminal;
 - Sobre conducta criminal en nuestras instalaciones; y
 - En circunstancias de emergencia para denunciar un delito; la ubicación del delito o las víctimas; o la identidad, descripción o ubicación de la persona que cometió el delito.
- Médicos Forenses y Examinadores Médicos. Podemos divulgar información médica a un forense o examinador médico.
- Actividades de Seguridad Nacional e Inteligencia. Podemos divulgar información médica sobre usted a funcionarios federales autorizados para actividades de inteligencia, contrainteligencia y otras actividades de seguridad nacional autorizadas por la ley.
- Institución Correccional. Si usted es un preso de alguna institución correccional, podemos divulgar la información médica necesaria a la institución o a sus agentes para su salud y la salud y seguridad de los demás.

CATEGORÍAS ESPECIALES DE INFORMACIÓN MÉDICA

- Notas de Psicoterapia. Si SBCS mantiene notas de psicoterapia sobre usted,

estas notas están sujetas a protección especial. Notas de psicoterapia significa notas registradas (en cualquier medio) por un miembro de nuestro personal que es un profesional de salud mental que documenta o analiza el contenido de la conversación durante una sesión privada de consejería o una sesión de consejería grupal, conjunta o familiar y que están separadas del resto de sus registros de información médica. Las notas de psicoterapia no incluyen la prescripción y el monitoreo de medicamentos, las horas de inicio y término de la sesión de consejería, las modalidades y frecuencias del tratamiento proporcionado, los resultados de las pruebas clínicas y cualquier resumen de los siguientes elementos: diagnóstico, estado funcional, plan de tratamiento, síntomas, pronóstico y progreso hasta la fecha. A diferencia del resto de su historial de salud, no puede revisar y copiar sus notas de psicoterapia sin el consentimiento expreso de su terapeuta.

Las notas de psicoterapia no se pueden divulgar sin su autorización, excepto en ciertas circunstancias limitadas:

- Uso por el creador de las notas de psicoterapia para tratamientos;
- Uso o divulgación en programas supervisados de capacitación de salud mental para estudiantes, aprendices o profesionales;
- Uso o divulgación por parte de la entidad cubierta para defender una acción legal u otro procedimiento iniciado por el individuo;
- Uso o divulgación que se requiere según la ley;
- Uso o divulgación que se permite:
 - para la supervisión legal y clínica del psicoterapeuta que hizo las notas,
 - para prevenir o disminuir una amenaza grave e inminente para la salud o la seguridad del público.
- Protecciones Especiales para el VIH, el Abuso de Alcohol y Sustancias, la Salud Mental e Información Genética. Se aplican protecciones especiales de privacidad a la información relacionada con el VIH, el abuso de alcohol y sustancias, la salud mental y la información genética. Es posible que algunas partes de este Aviso de Prácticas de Privacidad no se apliquen a este tipo de Información Médica Protegida. Consulte con nuestra Directora Clínica para obtener información sobre las protecciones especiales que se aplican.

OTROS USOS DE LA INFORMACIÓN MÉDICA

Otros usos y divulgaciones de la información médica no cubierta por este Aviso o las leyes que se aplican a nosotros se harán solo con su permiso por escrito. Si nos da permiso para usar o divulgar información médica sobre usted, puede revocar ese permiso, por escrito, en cualquier momento. Si revoca su permiso, ya no

usaremos ni divulgaremos información médica sobre usted por los motivos cubiertos por su autorización por escrito. Usted entiende que no podemos recuperar ninguna divulgación que ya hayamos hecho con su permiso, y que estamos obligados a retener nuestros registros de la atención que le proporcionamos.

SUS DERECHOS CON RESPECTO A LA INFORMACIÓN MÉDICA SOBRE USTED

Aunque su registro de salud es propiedad de SBCS, la información le pertenece a usted. Tiene los siguientes derechos con respecto a su información médica:

- **Derecho a Inspeccionar y Copiar.** Con algunas excepciones (incluyendo las que aplican a notas de psicoterapia), usted tiene el derecho de revisar y copiar su información médica. Debe enviar su solicitud por escrito al Asociado de SBCS que trabaja con usted/su familia o a nuestra Directora Clínica. Podemos cobrar una tarifa por los costos de copia, correo u otros suministros asociados con su solicitud. Si su información médica se mantiene en un formato electrónico (conocido como un registro médico electrónico), usted tiene el derecho de solicitar que se le dé una copia electrónica de su registro o se le transmita a otra persona o entidad. Podemos cobrarle una tarifa razonable, basada en costos por la mano de obra asociada con la transmisión del registro médico electrónico. Podemos negar su solicitud para inspeccionar y copiar en ciertas circunstancias limitadas. Si se le niega el acceso a la información médica, en la mayoría de los casos, puede solicitar que se revise la denegación. Otro profesional de atención médica autorizado elegido por SBCS revisará su solicitud y la denegación. La persona que realice la revisión no será la persona que negó su solicitud. Cumpliremos con el resultado de la revisión.
- **Derecho a Modificar.** Si usted cree que la información médica de su registro es incorrecta o incompleta, puede solicitarnos que modifiquemos la información. Usted tiene este derecho durante el tiempo que SBCS mantenga la información.
Debe presentar su solicitud por escrito a nuestra Directora Clínica. Además, debe proporcionar una razón para su solicitud. Podemos negar su solicitud de modificación si no es por escrito o no incluye una razón para apoyar la solicitud. Además, podemos negar su solicitud si nos pide que modifiquemos la información que:
 - No fue creada por nosotros;
 - No es parte de la información médica que mantiene SBCS; o
 - No es parte de la información que se le permitiría inspeccionar o copiar;

o

o Es exacta y completa.

- Derecho a un Recuento de Divulgaciones. Usted tiene derecho a solicitar un “recuento de divulgaciones”. Esta es una lista de ciertas divulgaciones que hicimos de su información médica, aparte de las realizadas para propósitos tales como tratamiento, pago u operaciones de atención médica, y con otras excepciones de conformidad con la ley.
Debe presentar su solicitud por escrito a nuestra Directora Clínica. Su solicitud debe indicar un periodo de tiempo que no puede ser más de seis años a partir de la fecha de presentación de la solicitud y no puede incluir fechas antes del 14 de Abril de 2003 (a menos que las divulgaciones se hayan realizado a través de un registro médico electrónico, en cuyo caso tiene derecho a solicitar un recuento de las divulgaciones que se hicieron durante los tres años anteriores a su solicitud). Su solicitud debe indicar en qué forma desea la lista (por ejemplo, en papel o electrónicamente). La primera lista que solicite dentro de un periodo de doce meses será gratuita. Para listas adicionales, podemos cobrarle por los costos de proporcionar la lista. Le notificaremos el costo involucrado y usted puede optar por retirar o modificar su solicitud en ese momento antes de que se incurra cualquier costo.
- Derecho a Notificación de Brecha de Seguridad. Estamos obligados a notificarle de cualquier brecha de su información médica protegida no-segura tan pronto como sea posible, pero en cualquier caso, a más tardar 60 días después de descubrir la brecha. La “Información Médica Protegida No-Segura” es información médica protegida que no se ha vuelto inutilizable, ilegible e indescifrable para los usuarios no autorizados.
- Derecho a Solicitar Restricciones. Tiene el derecho de solicitar una restricción o limitación de la información médica que usamos o divulgamos sobre usted para tratamiento, pago u operaciones de atención médica. Por ejemplo, puede solicitar que limitemos la información médica que divulgamos a alguien que está involucrado en su cuidado o el pago de su cuidado. Podría pedir que no divulguemos información sobre una terapia que usted tuvo a un familiar o amigo. No estamos obligados a aceptar su solicitud. Si estamos de acuerdo, cumpliremos con su solicitud a menos que la información sea necesaria para proporcionarle tratamiento de emergencia.
Debe presentar su solicitud por escrito al Asociado de SBCS que trabaja con usted o a nuestra Directora Clínica. En su solicitud, usted debe decirnos (1) qué información desea limitar; (2) si desea limitar nuestro uso, la divulgación o ambos; y (3) a quien desea que los límites apliquen, por ejemplo, divulgaciones a su cónyuge.

- Derecho a Limitar Divulgación de Tratamientos Pagados por Cuenta Propia. Si usted ha pagado de su bolsillo (cuenta propia) por un artículo o servicio específico, tiene el derecho de solicitar que su información médica con respecto a ese artículo o servicio no se divulgue a un plan de salud para fines de pago u operaciones de atención médica, y cumpliremos con esa solicitud si la divulgación no es requerida de otra manera por la ley.
- Derecho a Solicitar Comunicaciones Alternativas/Confidenciales. Usted tiene el derecho a solicitar que nos comuniquemos con usted sobre sus asuntos de salud en una manera confidencial o en un lugar específico. Por ejemplo, puede solicitar que solo nos pongamos en contacto con usted por correo a un buzón de correos.
Debe presentar su solicitud por escrito al Asociado de SBCS que trabaja con usted o a nuestra Directora Clínica. No le preguntaremos el motivo de su solicitud. Su solicitud debe especificar cómo o dónde desea que se le comunique. Acomodaremos todas las solicitudes razonables.
- Prohibición de la Venta de PHI Sin Autorización. La venta de su Información Médica Protegida (PHI, por sus siglas en inglés) está prohibida sin su autorización, a menos que cumpla con una de las excepciones limitadas bajo la ley aplicable. SBCS no vende Información Médica Protegida.
- Limitaciones de Recaudación de Fondos. Según la ley aplicable, si le enviamos una comunicación de recaudación de fondos, también debemos ofrecerle la oportunidad de optar por no recibir comunicaciones futuras de recaudación de fondos. SBCS no utiliza Información Médica Protegida para las comunicaciones de recaudación de fondos.
- Comunicaciones de Marketing. Según la ley aplicable, SBCS está prohibido al uso y divulgación de Información Médica Protegida con fines de marketing/comercialización sin su autorización previa. SBCS no utiliza ni divulga la Información Médica Protegida para comercializar productos o servicios y no recibe compensación por ninguna comunicación de marketing que involucre Información Médica Protegida.
- Derecho a Una Copia en Papel de Este Aviso. Usted tiene derecho a una copia en papel de este Aviso de Prácticas de Privacidad, incluso si ha aceptado recibir el Aviso electrónicamente. Puede solicitarnos que le demos una copia de este Aviso en cualquier momento. *También puede obtener una copia de este Aviso en nuestro sitio web, www.SBCSSanDiego.org.*

CAMBIOS A ESTE AVISO

Nos reservamos el derecho de cambiar este Aviso. Nos reservamos el derecho de hacer el Aviso revisado o cambiado eficaz para la información médica que ya tenemos sobre usted, así como cualquier información que recibamos en el futuro. Publicaremos una copia del Aviso actual en nuestras instalaciones y en nuestro sitio web. El Aviso especificará la fecha de vigencia en la primera página, en la esquina superior derecha. Además, si se realizan cambios materiales en este Aviso, el Aviso contendrá una fecha de vigencia para las revisiones y copias se pueden obtener poniéndose en contacto con el Asociado con el que está trabajando, nuestro personal de recepción, o visitando: www.SBCSSanDiego.org.

PREGUNTAS O QUEJAS

Si tiene alguna pregunta sobre este Aviso que su Asociado de SBCS no puede contestar, comuníquese con nuestra Directora Clínica en 430 F Street, Chula Vista, California 91910; número de teléfono: (619) 420-3620.

Si cree que sus derechos de privacidad han sido violados, puede presentar una queja ante SBCS o ante el Secretario del *U.S. Department of Health and Human Services* (Departamento de Salud y Servicios Humanos). Para presentar una queja ante SBCS, comuníquese con la Directora del Departamento, 430 F Street, Chula Vista, California 91910; número de teléfono: (619) 420-3620. Todas las quejas deben presentarse por escrito. Puede usar nuestro formulario de *Grievance* (Quejas) para este propósito. Usted no será penalizado por presentar una queja.

La Directora Clínica de SBCS recibe y responde a las quejas relacionadas con la práctica de la psicoterapia por parte de cualquier consejero sin licencia o no registrado que presta servicios en SBCS. Para presentar una queja, póngase en contacto con 430 F Street, Chula Vista, California 91910; número de teléfono: (619) 420-3620.

El *Board of Behavioral Sciences* (Consejo de Psicologías) recibe y responde a las quejas relacionadas con los servicios prestados dentro del ámbito de la práctica de (terapeutas matrimoniales y familiares, psicólogos educativos con licencia, trabajadores sociales clínicos o consejeros clínicos profesionales). Puede comunicarse con el Consejo en línea en www.bbs.ca.gov, o llamando al (916) 574-7830.



Acuse de Recibo del Aviso de Prácticas de Privacidad

FECHA: _____

Reconozco que he recibido una copia del Aviso de Prácticas y Políticas de Privacidad de SBCS.

Nombre del cliente

Firma del cliente

Si se ha completado por un representante personal del cliente, por favor imprima y firme su nombre en los espacios abajo.

Representante personal (Imprima)

Firma del representante personal

Relación al cliente

Para el uso exclusivo de SBCS

Complete esta sección si el formulario no está firmado y fechado por el cliente o el representante personal del cliente.

He hecho un esfuerzo de buena fe para acusar recibo escrito del Aviso de Prácticas de Privacidad de SBCS pero no pude por el motivo siguiente:

- El cliente se negó a firmar.
- El cliente no pudo firmar
- Otro/Comentarios _____

Firma del representante de SBCS

Fecha



Cada miembro del hogar de 18 años o mayor debe leer y firmar un Formulario de Autorización para la Divulgación de Información. En este paquete se incluye un formulario separado para cada adulto. Si necesita Formularios de Autorización adicionales, póngase en contacto con SBCS.

AUTORIZACIÓN PARA LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN

Yo, _____ (nombre legal), autorizo por este medio a cualquier agencia, oficina, grupos de organizaciones o empresas a divulgar a SBCS y/o a la CIUDAD DE CHULA VISTA (CIUDAD) cualquier información o materiales que se consideren necesarios para completar y verificar mi solicitud de participación y/o para mantener mi asistencia continua bajo el Programa de Asistencia *Tenant Based Rental Assistance* financiado por SBCS. La información necesaria puede incluir verificación o consultas sobre mi identidad, miembros del hogar, empleo e ingresos, activos, subsidios o preferencias que he reclamado, y residencia. Estas organizaciones deben incluir, pero no se limitan a: la CIUDAD, instituciones financieras; Comisión de Seguridad de Empleo; instituciones educativas; empleadores pasados o presentes; Administración del Seguro Social; agencias de bienestar y estampillas de comida; Administración de Veteranos; secretario de la corte; empresas de servicios públicos; Pagadores de Compensación de Trabajadores; sistemas públicos y privados de jubilación; agencias de aplicación de la ley; centros de servicios médicos y proveedores de crédito. Además, reconozco y acepto que esta Autorización también permite expresamente a SBCS divulgar y compartir cualquiera de la información indicada aquí con la CIUDAD.

Entiendo que SBCS y/o la CIUDAD y/o el Departamento de Vivienda y Desarrollo Urbano de Estados Unidos (HUD) pueden utilizar a terceros para verificar la información y otros programas de computación para verificar la información proporcionada en mi solicitud o recertificación. Es entendido y se acuerda que esta autorización o la información obtenida con su uso se pueden dar y utilizar por SBCS y/o la CIUDAD y/o HUD en la administración y aplicación de las normas y regulaciones del programa y que SBCS y/o CIUDAD y/o HUD pueden obtener dicha información en el curso de sus funciones de otras agencias estatales o locales, incluyendo Agencias de Seguridad de Empleo estatales; Departamento de Defensa; Oficina de Administración de Personal; la Administración del Seguro Social; y las agencias estatales de bienestar y estampillas de comida. Si hay una discrepancia entre la información proporcionada por las fuentes anteriores y la información que he proporcionado, entiendo que SBCS y/o la CIUDAD pueden tomar medidas para terminar mi asistencia de *Tenant Based Rental Assistance* y requerirá el reembolso de beneficios que no era elegible para recibir.

Es con mi entendimiento y consentimiento que una fotocopia o un fax electrónico de esta autorización puede ser utilizado para los fines indicados anteriormente. Esta autorización es válida por dos años a partir de la fecha de mi firma.

Dirección	Ciudad	Estado	Código Postal
------------------	---------------	---------------	----------------------

Número de Seguro Social	Fecha de Nacimiento	Número de Teléfono
--------------------------------	----------------------------	---------------------------

Firma	Fecha de Firma
--------------	-----------------------