

Note: Fill in this form completely. Incomplete forms will be returned. Fax form to: (951) 358-7755

LRO INFORMATION				
LRO NAME:		DISTRICT NUMBER:	LRO NUMBER:	SUBMISSION DATE:
LRO CONTACT:	EMAIL ADDRESS:	PHONE NUMBER:	FAX NUMBER:	
FAMILY MEMBER'S INFORMATION (PLEASE PRINT LEGIBLY) All Adults Must Provide SSN/Taxpayer ID (Use Additional Pages if Needed)				
1. CLIENT FULL LEGAL NAME (First, Middle, Last):	SSN /Taxpayer ID:		DOB:	AGE:
2. CLIENT FULL LEGAL NAME (First, Middle, Last):	SSN /Taxpayer ID:		DOB:	AGE:
3. CLIENT FULL LEGAL NAME (First, Middle, Last):	SSN /Taxpayer ID:		DOB:	AGE:
4. CLIENT FULL LEGAL NAME (First, Middle, Last):	SSN /Taxpayer ID:		DOB:	AGE:
EMERGENCY SHELTER/MOTEL INFORMATION				
HOTEL/MOTEL NAME:				
CHECK-IN DATE:	CHECK-OUT DATE:	NUMBER OF NIGHTS:	TOTAL AMOUNT TO BE PAID:	
JUSTIFICATION:				
RENTAL/MORTGAGE INFORMATION				
PROPERTY ADDRESS:		APT/UNIT/SPC:	CITY:	ZIP CODE:
ASSISTANCE AMOUNT:	ASSISTANCE MONTH:	LANDLORD/MORTGAGE COMPANY:	LANDLORD/MORTGAGE COMPANY ADDRESS:	
*Note: PLEASE PROVIDE A COPY OF LEASE/RENTAL AGREEMENT IF LANDLORD LIVES AT SAME ADDRESS OR IS A RELATIVE OF TENANT(S). EFSP WILL ONLY PAY FOR PRINCIPLE AND INTEREST (PLEASE PROVIDE COPY OF CURRENT MORTGAGE STATEMENT)				

EFSP ASSISTANCE CLIENT CERTIFICATION/RELEASE OF INFORMATION

I HEREBY CERTIFY THE FOLLOWING:

I certify that my household is presently experiencing an economic emergency and is need of EFSP assistance. I also certify that I have not received EFSP assistance in the past twelve months. I understand that in Riverside County, EFSP assistance is available only once every twelve months. I acknowledge that EFSP agency has a limited right to include some demographic information for reports on homelessness and services needed by those who are homeless, in the HMIS database system.

I certify that I have received a privacy notice and understand it. I understand that all information gathered about me is personal and private and that I do not have to participate in the HMIS Network. I authorize this EFSP agency, as a Network member, to share my basic identifying information and non-confidential EFSP service information with other Network member organizations. Confidential treatment services, such as those provided by Mental Health treatment, will be protected and not shared. I authorize basic identifying information and non-confidential service transactions on my dependent(s) to be shared with the Network. I consent to the release of pertinent information to the EFSP Local Board EFSP Staff, and the HMIS system as required to report/claim regarding my EFSP services. I certify that the information I have provided is true and correct. I am aware that any use of EFSP funds contrary to the law and guidelines governing the EFSP Program will be reported to the EFSP National Board and/or the DHS/Office of the Inspector General for further action.

ALL ADULTS IN HOUSEHOLD MUST SIGN

_____ ADULT MEMBER OF HOUSEHOLD SIGNATURE DATE	_____ ADULT MEMBER OF HOUSEHOLD SIGNATURE DATE
_____ ADULT MEMBER OF HOUSEHOLD SIGNATURE DATE	_____ ADULT MEMBER OF HOUSEHOLD SIGNATURE DATE

APPROVAL SECTION TO BE COMPLETED DPSS	
<input type="checkbox"/> PRE-APPROVED <input type="checkbox"/> APPROVED <input type="checkbox"/> DENIED <input type="checkbox"/> CANCEL <input type="checkbox"/> INCOMPLETE <input type="checkbox"/> OTHER: _____	
COMMENTS: _____	
DPSS APPROVAL: _____ TODAY'S DATE: _____ PHONE NUMBER: 951-358- _____	
RECORD MODIFICATION REQUEST	
<input type="checkbox"/> MODIFY INFORMATION <input type="checkbox"/> DELETE RECORD <input type="checkbox"/> CHANGE DOLLAR AMOUNT <input type="checkbox"/> OTHER	
REQUESTED BY: _____ PHONE NUMBER: _____ FAX NUMBER: _____	
COMMENTS: _____	
FOR LRO USE ONLY	
FUNDS DISBURSED DATE: _____ CHECK NUMBER: _____ CLEARED DATE: _____ NOTES: _____	

**Departamento de Servicios Sociales Públicos
del Condado de Riverside**

4060 County Circle Drive, Riverside, CA 92503

Oficina (951) 358-5637

Fax (951) 358-7755

PROGRAMA DE COMIDA Y REFUGIO DE EMERGENCIA (EFSP)

FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN: Alquiler/Propiedad REFUGIO DE EMERGENCIA/MOTEL

Nota: Complete este formulario. Los formularios incompletos serán regresados. Envíe su formulario vía fax al: (951) 358-7755

INFORMACIÓN DE LA OBL (ORGANIZACIÓN BENEFICIARIA LOCAL)			
NOMBRE DE LA ORGANIZACIÓN BENEFICIARIA LOCAL:		NUMERO DE DISTRITO:	NUMERO DE OBL:
PERSONA A CONTACTAR EN LA OBL:		DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO:	TELÉFONO:
			FAX:
INFORMACIÓN DE MIEMBROS DE LA FAMILIA EN EL HOGAR (FAVOR DE ESCRIBIR EN LETRA LEGIBLE) TODOS LOS ADULTOS EN EL FAMILIA DEBEN SER INCLUIDOS (USE PAGINAS ADICIONALES SI ES NECESARIO)			
1.	NOMBRE COMPLETO LEGAL DEL CLIENTE (Primer nombre, Segundo nombre, Apellido) :	NSS/Taxpayer ID:	EDAD:
2.	NOMBRE COMPLETO LEGAL DEL CLIENTE (Primer nombre, Segundo nombre, Apellido) :	NSS/Taxpayer ID:	EDAD:
3.	NOMBRE COMPLETO LEGAL DEL CLIENTE (Primer nombre, Segundo nombre, Apellido) :	NSS/Taxpayer ID:	EDAD:
4.	NOMBRE COMPLETO LEGAL DEL CLIENTE (Primer nombre, Segundo nombre, Apellido) :	NSS/Taxpayer ID:	EDAD:
INFORMACIÓN DEL REFUGIO DE EMERGENCIA/MOTEL			
NOMBRE DEL HOTEL/MOTEL:			
FECHA DE LLEGADA:	FECHA DE SALIDA:	TOTAL DE NOCHES:	MONTO TOTAL A PAGAR:
JUSTIFICACION:			
INFORMACIÓN DE ALQUILER/PROPIEDAD			
DIRECCION DE LA PROPIEDAD:		DPT/UNIDAD/ESP:	CIUDAD:
			CODIGO POSTAL:
CANTIDAD A PAGAR:	MES A PAGAR:	PROPIETARIO/COMPANIA HIPOTECARIA:	PROPIETARIO/DIRECCIÓN DE LA COMPANIA HIPOTECARIA:
*Nota: FAVOR DE PROPORCIONAR COPIA DEL CONTRATO DE ARRENDAMIENTO/ALQUILER SI EL PROPIETARIO VIVE EN LA MISMA DIRECCION O ES PARIENTE DEL INQUILINO(S). EFSP SOLO PAGARA POR EL PAGO PRINCIPAL E INTERESES (POR FAVOR PROPORCIONE COPIA DEL ESTADO ACTUAL DE LA HIPOTECA)			

EFSP CERTIFICACIÓN DE ASISTENCIA DE CLIENTE/DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN

CON LA PRESENTE CERTIFICO: Certifico que mi hogar está experimentando actualmente una situación de emergencia económica y se necesita la asistencia del EFSP. También certifico que no he recibido ayuda del EFSP(Programa de Emergencia de Refugio y Comida) en los pasados doce meses. Entiendo que en el Condado de Riverside la asistencia del EFSP solo está disponible una vez cada doce meses. Reconozco que la agencia del EFSP tiene el derecho limitado a incluir alguna información demográfica en la base de datos del HMIS (Sistema de Administración de Información Para Indigentes) sobre informes en la falta de vivienda y servicios requeridos por individuos indigentes o sin vivienda.

Certifico que he recibido una notificación privada y la entiendo. Entiendo que toda la información recopilada sobre mi es personal y privada y que no tengo que participar en la red de HMIS. Autorizo a la agencia del EFSP como miembro de la red a compartir mi información de identidad básica no confidencial con otras organizaciones miembros de la red. Servicios de tratamiento confidencial, tales como aquellos proporcionados por tratamiento de Salud Mental, serán protegidos y no se comparten. Autorizo la transacción de servicios de información de identidad básica y no confidencial de mi dependiente(s) a ser compartida con la red. Autorizo la divulgación de información de paciente a los miembros de la Junta Local del EFSP. Estoy consciente que cualquier uso de fondos de EFSP contrarios a la ley y a las guías que rigen el programa del EFSP serán reportadas a la Junta Nacional de este mismo y/o al DSN/Oficina del Inspector General.

TODOS LOS ADULTOS DEBEN FIRMAR

Firma: _____ Fecha: _____ Firma: _____ Fecha: _____

Firma: _____ Fecha: _____ Firma: _____ Fecha: _____

SECCIÓN DE APROBACIÓN PARA SER COMPLETADA POR EL DPSS (Dpt. de Servicios Sociales)

PRE- APROBADO APROBADO NEGADO CANCELADO INCOMPLETO OTRO: _____

COMENTARIOS: _____

APROVACIÓN POR DPSS: _____ FECHA: _____ NUMERO DE TELÉFONO: 951-358- _____

SOLICITUD DE MODIFICACIÓN DE EXPEDIENTE

MODIFICAR INFORMACIÓN CANCELAR EXPEDIENTE MODIFICAR EL MONTO DE LA CANTIDAD OTRO

SOLICITADO POR: _____ NUMERO DE TELÉFONO: _____ NUMERO DE FAX: _____

COMENTARIOS: _____

PARA USO EXCLUSIVO DE LA OBL

FECHA DE DISTRIBUCIÓN DE FONDOS: _____ NUMERO DE CHEQUE: _____ FECHA EN QUE SE COBRO EL CHEQUE: _____

NOTAS: _____