

# Yakima Housing Authority

## Family Self-Sufficiency Program



*El programa Family Self-Sufficiency (FSS) es para familias de bajos ingresos que reciben el HCV o el PBV y desean ser financieramente independiente....*



### **SI USTED:**

*Actualmente recibe asistencia de renta a través del programa Housing Choice Voucher (HCV) o Project Based Voucher (PBV)*

*¿Están dispuestos a trabajar hacia el empleo de tiempo completo?*

*¿Está comprometido a lograr un futuro mejor para usted y familia?*

*Entonces...*

*¡El Family Self-Sufficiency es para usted!*

## **LO QUE FSS PUEDE HACER:**

- ◆ *Enseñarle acerca de las opciones de las que dispone.*
- ◆ *Conectar a usted con agencias de la comunidad y las escuelas.*
- ◆ *Ayudarle a identificar sus intereses y habilidades.*
- ◆ *Enseña formas de establecer metas y hacer planes para el futuro.*
- ◆ *Aumentar la confianza en sí mismo.*
- ◆ *Establecer una cuenta de ahorros una vez que los ingresos de su hogar aumentan debido al empleo.*

Llame a → Becky o Carlos  
(509)453-3106 ext. 119 y 117



**Yakima Housing Authority**  
***FAMILY SELF-SUFFICIENCY PROGRAM***

**¿QUE ES EL PROGRAMA FAMILY SELF-SUFFICIENCY?**

HUD tiene un nuevo programa que combina asistencia de renta con servicios de agencias de la comunidad. El objetivo del programa FSS es ayudar a las familias ser independiente de los programas federales en haciendo los conscientes de los servicios disponibles en la comunidad y crear un ***plan de formación y servicios por un período de cinco años*** que ayuda a establecer objetivos concretos a fin de llegar a la autosuficiencia.

**¿CUÁLES SON MIS BENEFICIOS ESTÁNDO EN EL PROGRAMA FSS?**

No sólo recibirá ayuda de renta y servicios de agencias de la comunidad pero cada familia tiene la oportunidad de tener una cuenta bancaria de Escrow en su nombre. La cuenta bancaria de Escrow (***cuenta de ahorros***) comienza a trabajar una vez, "los ingresos por trabajo", se deriva en los ingresos de su hogar. Naturalmente, cuando sus ingresos aumentan generalmente su renta de inquilino aumenta. Cada mes una cantidad es depositada en su cuenta bancaria de Escrow mientras esté trabajando.

Una vez que usted sea independiente de la asistencia de welfare por 12 meses consecutivos, antes de la fecha de vencimiento y cumplimiento con éxito su plan de formación y servicio individual; usted puede retirar el dinero acumulado en su cuenta bancaria de Escrow y utilizarlo para cualquier cosa que usted elija (es decir como pago inicial de una casa, un coche, ropa, o incluso unas merecidas vacaciones para la familia).

**¿HABRÁ ALGUIEN PARA AYUDAR DURANTE EL PERÍODO DE 5 AÑOS?**

Sí, el coordinador del programa FSS ayudará a establecer el plan y seguir de cerca su progreso mientras esté en el programa. Además, varias agencias de la comunidad que están trabajando con el Housing Authority ofrecerán a nuestras familias FSS con entrenamientos, servicios de empleo, la educación; así como asistencia en el cuidado de niños, el transporte, y los servicios de consejería.

**¿TENGO QUE ESTAR EN EL PROGRAMA FSS?**

No, este programa es estrictamente voluntario y no afectará su asistencia de vivienda por el Housing Choice Voucher (HCV) o Project Based Voucher (PBV). Pero recuerde, este programa está diseñado como un lugar de paso y le da la oportunidad de hacerse libre e independiente de los programas que reciben asistencia federal.

**¿DÓNDE PUEDO REGISTRARME?**

Para inscribirse en el programa FSS es necesario llamar al Yakima Housing Authority al 453-3106 x 117 o 119 y hablar con CARLOS REYES o BECKY MARES, Coordinador del Programa.

# Family Self-Sufficiency Preguntas y Respuestas

- P: ¿Debo estar recibiendo bienestar o debo estar empleado para calificar para el programa FSS?  
R: No, solo tienes que ser participante del Programa cual recibe Asistencia de Pago de Vivienda a través de Yakima Housing Authority. El objetivo principal de FSS es ayudar a que sean más aptos para y obtener un empleo conveniente.
- P: ¿Se puede cumplir el FSS Contrato de Participación en menos de cinco años?  
R: Sí, tan pronto usted haya alcanzado sus metas & puede certificar que usted y todos los miembros de su familia se han visto libres de asistencia del welfare por lo menos 12 meses, el contrato se cumple y el crédito de escrow será desembolsado a usted.
- P: ¿Puede haber dos designadas como encabezados del hogar?  
R: Sólo un miembro adulto por familia será designado como el encabezado del hogar. Esa persona tiene la obligación de obtener y mantener empleo adecuado cuando se acerqué el final de su contrato. Otros miembros adultos, sin embargo, pueden desarrollar un plan de cinco años para obtener empleo y recibir servicios FSS, en el caso que sean aprobados por el FSS Coordinador y los servicios estén disponibles.
- P: Soy discapacitado, pero me gustaría ser auto-suficiente. ¿Puedo participar en el programa?  
R: Sí, si usted es un participante con el Housing Choice Voucher (HCV) o Project Based Voucher (PBV) y su objetivo es de ser libre de toda asistencia estatal y federal.
- P: ¿De dónde viene el dinero que se deposita a la cuenta de escrow de ahorros?  
R: Como su ingreso aumenta, su porción del pago de la renta también aumentará, por lo tanto, disminuyendo la asistencia de pago hecho por YHA. La cantidad del depósito mensual a la cuenta escrow es aproximadamente igual a la disminución de la ayuda. Por lo menos una vez al año usted será notificado de la cantidad en su cuenta de escrow más los intereses.
- P: ¿Qué ocurre si mi ingreso fluctúa?  
R: La cantidad de la renta que está pagando en la fecha de vigencia de su contrato se considera el pago de la renta base. Siempre cuando su parte de la renta aumente más que el pago base debido a un aumento en sus ingresos, su cuenta de escrow será elevado a una mayor cantidad de dólares.
- P: ¿Afectará la cuenta de ahorros a mi asistencia del welfare (TANF) y/o estampillas de alimentos?  
R: Usted no tendrá acceso a los fondos de las cuenta de escrow de ahorros hasta que su contrato FSS es completado. El dinero del escrow no será considerado como ingresos hasta que se haya recibido.
- P: ¿Tendré que pagar impuestos sobre la cuenta de escrow?  
R: No, esta cantidad se considera por el IRS como un pago de welfare, y por lo tanto, no es sujeto a impuestos.
- P: ¿Qué sucede con los ahorros en la cuenta de escrow si estoy recibiendo ayuda del welfare (dinero en efectivo) al final del contrato?  
R: Uno de los términos del contrato es que usted debe estar libre de ayuda del welfare (dinero en efectivo) en los 12 meses anteriores a la terminación del contrato. En algunos casos es posible extender la duración de los contratos hasta dos años más.

P: ¿Qué es considerado “ingreso ganado”?

R: El ingreso ganado se define como el ingreso de ganancias incluidas en las ganancias del año como: 1) la cantidad total, antes de cualquier descuentos de nómina, de los salarios, sueldos, pago de horas extras, comisiones, honorarios, propinas, bonificaciones y otro tipo de compensación por servicios personales; 2) los ingresos netos de las operaciones de una empresa pequeña o de una profesión; 3) todo pago regular, pago especial y las concesiones de un miembro de las fuerzas armadas (excepto pago de fuego hostil). Ingreso ganado no incluye "work study".

P: ¿Si el encabezado de la familia muere y la familia no desea modificar el contrato o continuar participando? ¿El ahorro de escrow se perderá?

R: Sí, el escrow se perdería.

P: Mi hijo de diecisiete años está trabajando ahora. ¿El aumento de sus ingresos aumentar mi cuenta de escrow?

R: No, los ingresos de tu hijo no afectan a su asistencia de vivienda. Los ingresos de los miembros de la familia sobre la edad de 18 años sí afectarán a su cuenta de escrow.

P: ¿Puedo seguir en el programa de FSS incluso cuando este sobre ingresos para asistencia de vivienda?

R: No, cuando los ingresos de su familia sobrepasan los límites de ingresos, ha completado su contrato y cualquier fondos en la cuenta de escrow serán desembolsado a usted. Sin embargo, puede continuar recibiendo servicios apoyo social del FSS si están disponibles.

P: Yo he estado en el programa FSS & no informe un aumento de ingresos, cuando yo debería haber hecho para un re-certificación. ¿Esto afecta mi cuenta de escrow?

R: Sí, YHA calculará el aumento de la renta que deberían haber sido pagada & deduciría esa cantidad de su cuenta de escrow. Usted puede estar en riesgo de que su contrato de FSS sea cancelado, cual podría perder su escrow.

P: Me gustaría ser dueño(a) de mi propia casa algún día. ¿Puedo utilizar el dinero en mi cuenta de escrow para el pago de entre hacia una casa?

R: Sí, usted puede utilizar el dinero para lo que usted dese cuando usted complete su contrato.

P: Yo soy una persona de la tercera edad, el encabezado del hogar, y elegí a no trabajar más. Sin embargo, mi nieta vive conmigo y le gustaría participar en el programa FSS?

R: En las familias donde el encabezado del hogar es una persona de la tercera edad o persona con un deshabilite, el encabezado del hogar podrá designar a otro miembro adulto de la familia como el encabezado del hogar siempre que él/ella tenga 18 años de edad o más.

P: He estado en el programa FSS y tengo dinero en una cuenta de escrow. Yo recientemente me casé y mi marido tiene un buen trabajo. ¿Puedo conseguir el dinero en mi cuenta de escrow?

R: Sí, cuando 30% de su ingreso ajustado sobrepasa la renta del mercado de alquiler, su contrato es considerado completo y usted puede recibir todos sus ahorros de escrow solo si usted ya no está recibiendo asistencia social (welfare) y se han cumplido los objetivos de su ITSP.

# FAMILY SELF-SUFFICIENCY PROGRAM

## PRE-ENROLLMENT FORM

Nombre \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_

Domicilio \_\_\_\_\_

Teléfono \_\_\_\_\_

TTP \_\_\_ Renta del Inquilino \_\_\_\_\_

Cantidad de HAP \_\_\_\_\_

1. Por favor enumere todos los miembros de la familia que viven en su hogar, incluyendo el encabezado del hogar. De la relación de cada miembro de la familia hacia el encabezado del hogar.

| Miembro de Familia   | Nombre del Miembro de la Familia | Relación con el Encabezado | Edad | Sexo M o F | Étnico* |
|----------------------|----------------------------------|----------------------------|------|------------|---------|
| Encabezado del Hogar |                                  | Yo                         |      |            |         |
|                      |                                  |                            |      |            |         |
|                      |                                  |                            |      |            |         |
|                      |                                  |                            |      |            |         |
|                      |                                  |                            |      |            |         |
|                      |                                  |                            |      |            |         |
|                      |                                  |                            |      |            |         |
|                      |                                  |                            |      |            |         |
|                      |                                  |                            |      |            |         |

\*Grupos Étnicos: Blanco, Africano Americano, Hispano, Indio Americano O Nativo de Alaska, o Asiático/Nativo de las Islas Pacificas

2. ¿Está usted (el encabezado del hogar) trabajando? Sí  No

Si la respuesta es sí, anote su trabajo y tasa de pago:

Trabajo: \_\_\_\_\_

Tasa de Pago: \$ \_\_\_ Por Hr \_\_\_ Hrs/Smn  Tiempo Completo/ Parte de Tiempo

Beneficios de empleo actual:

Salud  Cuenta de Jubilación  Otros Beneficios

Si está desempleado(a), ¿qué otro tipo de ingreso recibe usted?

FSS Pre-Enrollment Form

3. ¿Algún otro miembro de la familia está trabajando?      Sí       No   
 Si la respuesta es sí, por favor de llenar la siguiente información:

| Miembro de Familia | Trabajo | Tasa de Pago<br>(Indique hora/semana) | por _____ |
|--------------------|---------|---------------------------------------|-----------|
|                    |         | \$ _____                              | por _____ |
|                    |         | \$ _____                              | por _____ |
|                    |         | \$ _____                              | por _____ |
|                    |         | \$ _____                              | por _____ |

4. Por favor de marcar cualquier de los elementos que usted considere una necesidad actual. *(Por favor marque todo lo que aplique)*

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Necesito(a) un mejor trabajo                            | <input type="checkbox"/> Necesitamos un mejor transporte                              |
| <input type="checkbox"/> Necesito(a) alguien que cuide niños (cuidado de niños)  | <input type="checkbox"/> Necesidad de consultar con un médico para problemas de salud |
| <input type="checkbox"/> Necesitamos más dinero para pagar las facturas cada mes | <input type="checkbox"/> Necesito(a) ayuda a ser un mejor padre                       |
| <input type="checkbox"/> Quiero terminar la escuela                              | <input type="checkbox"/> Consejería   |
| <input type="checkbox"/> Necesitamos ayuda alimentaria                           | <input type="checkbox"/> Necesito(a) ayuda a administrar el dinero                    |
| <input type="checkbox"/> Entrenamiento para el trabajo                           |   |

Por favor enumere otras necesidades por servicios o metas que usted o su familia tienen:

FSS Pre-Enrollment Form

5. Por favor de marcar las diferentes agencias de las cuales usted ha visitado o recibido servicios en los últimos seis meses.

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Departamento de Salud, doctor o clínica   | <input type="checkbox"/> Agencia de acción comunitaria o servicios de la comunidad |
| <input type="checkbox"/> Programa de entrenamiento para el trabajo | <input type="checkbox"/> Departamento Welfare                                      |
| <input type="checkbox"/> Centro de salud mental                    | <input type="checkbox"/> Programa de tratamiento sobre alcohol o drogas            |
| <input type="checkbox"/> Dispensa de Alimentos                     | <input type="checkbox"/> Programa de las comidas gratis                            |
| <input type="checkbox"/> Head Start para niño(s)                   | <input type="checkbox"/> Programa de servicios de niños                            |
| <input type="checkbox"/> Colegio (de dos años)                     | <input type="checkbox"/> Escuela Vocacional/Técnica                                |
| <input type="checkbox"/> Albergue/Refugio                          | <input type="checkbox"/> Ninguna de las Anteriores                                 |
| <input type="checkbox"/> Otro (por favor enumere abajo)            |  |

6. ¿Habla usted inglés? Sí  No   
Si la respuesta es no, ¿qué idioma(s) hablas? \_\_\_\_\_

7. ¿Otros miembros de la familia hablan inglés? Sí  No   
Si la respuesta es no, ¿qué idioma(s) hablan? \_\_\_\_\_

8. ¿Tiene un diploma de la escuela secundaria o GED? \_\_\_\_\_

9. Si usted empieza un empleo o cambia de trabajo, ¿necesitaría ayuda a encontrar a alguien que cuide sus niños (cuidado de niños)? Sí  No

10. ¿Ahora trabaja usted con una persona o un encargado de caso que le ayuda a usted y a su familia a encontrar los servicios que necesita? Sí  No   
Si la respuesta es sí, por favor escriba el nombre de la persona: \_\_\_\_\_  
¿Para qué agencia trabaja él/ella trabaja? \_\_\_\_\_

FSS Pre-Enrollment Form

11.¿Está usted recibiendo actualmente servicios de administración de caso de cualquier agencia? Sí  No

Si la respuesta es sí, ¿qué agencia? \_\_\_\_\_

12.¿Cuáles son dos o tres grandes problemas que USTED enfrenta ahora?

13.¿Cuáles son dos o tres grandes problemas que actualmente enfrenta SU FAMILIA?

14.La Familia Recibe:

- TANF Ayuda a los Ingresos  Medicaid/C.H.I.P.  Asistencia General  
 Earned Inc. Tax Credit  Estampillas de Comida

15.Servicio a la Familia:

- Escuela Secundaria  GED  Estudios Postsecundarios  Transporte  
 Retención de Trabajo  Mentoría  Servicios de Salud  Cuidado de Niños  
 Búsqueda de trabajo/Empleo  Individual Development Account (IDA)  
 Propietario de Vivienda  Consejería de Alcohol y uso indebido de sustancias

FIRM \_\_\_\_\_ FECHA \_\_\_\_\_



# FSS Training & Service Plan

Nombre: \_\_\_\_\_

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

Domicilio: \_\_\_\_\_

Número de Teléfono: (Casa) \_\_\_\_\_

Seguro Social: \_\_\_\_\_

Número de Teléfono: (Trabajo) \_\_\_\_\_

*La información en este formulario será utilizada por el FSS Coordinador para establecer un ITSP (Plan Individual de Entrenamiento y Servicios) que es un requisito esencial del programa FSS. Por favor tomé el tiempo para responder a las preguntas completamente:*

1) ¿Cuáles son sus antecedentes educativos/estudios cursados? ¿Cuáles son sus necesidades de más educación y/o formación?

2) ¿Qué tipo de trabajos ha tenido en el pasado? ¿Qué aptitudes para el empleo tiene?

3) ¿Qué tipo de trabajo/empleo le gustaría tener?

4) ¿Qué cree que se necesitará para usted de forma realista obtener este tipo de empleo?

5) ¿Cuáles son sus objetivos personales? ¿Está usted en camino para lograr algunos de ellos?  
¿Cuánto tiempo tomará para que usted pueda llegar a ellos?

6) ¿Qué tipo de ayuda o asistencia necesita a fin de cumplir con sus objetivos/metas?

7) ¿Qué es lo que quiere usted más de la vida? (Lista, por favor, por lo menos cinco cosas.)

=====  
**Family Self Sufficiency Coordinador**  
*Carlos Reyes*

\_\_\_\_\_  
**Firma del Solicitante**

\_\_\_\_\_  
**Fecha**

\_\_\_\_\_  
**FSS Coordinador**

\_\_\_\_\_  
**Fecha**

**Yakima Housing Authority**  
**810 N. 6th Ave. Yakima, WA 98902**  
**(509) 453-3106**

# ¿Dónde Están Sus Mayores Desafíos?

Por favor, marque los que le apliquen y de una breve explicación.

- Vivienda:
  
- Cuidado de Niño(s):
  
- Entrenamiento para el Trabajo:
  
- Resolución de Viejo Bagaje Emocional:
  
- Abuso de drogas (adicción a las drogas, adicción al alcohol):
  
- Crianza de los Hijos:
  
- Educación:
  
- Preparación del Presupuesto:
  
- Depresión:
  
- Transportación:
  
- Manejo de la Ira:
  
- Temas Matrimonial o de la Relación:
  
- Aseo Personal:

## Aéreas a Enfocarse

¿Qué siente que necesita ser abordado primero? Escríbalas, y, a continuación, póngalas en orden por número de importancia - 1. para el más importante, 2. para el próximo más importante, etc.

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_
4. \_\_\_\_\_
5. \_\_\_\_\_
6. \_\_\_\_\_
7. \_\_\_\_\_
8. \_\_\_\_\_
9. \_\_\_\_\_
10. \_\_\_\_\_
11. \_\_\_\_\_
12. \_\_\_\_\_
13. \_\_\_\_\_

¿Tiene otras áreas de necesidad que no ha mencionado?

Para enviar la forma completada por correo electrónico, simplemente haga clic en el botón "Enviar" que aparece a continuación.

Para imprimir una copia completa de la forma para sus archivos, o para enviar por correo, simplemente haga clic sobre el botón "Imprimir" a continuación.