

Información demográfica	
Fecha:	Nombre de quien realiza la entrevista, representa a la persona en cuestión o administra su caso:
Nombre de la agencia de derivaciones u organización:	Nro. de teléfono de la persona a cargo de la entrevista o del contacto de la agencia:
Idioma de preferencia (primario):	Idioma secundario:
Nombre completo de la persona que es jefe(a) de familia:	Número del Seguro Social (opcional; SOLO los últimos 4 dígitos):
Fecha de nacimiento (xx/xx/xxxx):	Descripción del núcleo familiar: <input type="checkbox"/> Individual <input type="checkbox"/> Familiar <input type="checkbox"/> Pareja
¿Cómo prefiere que se comuniquen con usted? <input type="checkbox"/> Por teléfono <input type="checkbox"/> Por correo electrónico <input type="checkbox"/> Por correo postal	Número de teléfono:
Correo electrónico:	Dirección:
Nombre del contacto alternativo y relación que tiene con usted:	Información del contacto alternativo (teléfono, dirección de correo electrónico o dirección postal):
¿Está huyendo de una situación de violencia doméstica? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Género con el que se identifica: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Agénero <input type="checkbox"/> Otro

Composición del núcleo familiar (use la parte posterior de la página en caso de que necesite más espacio)			
Nombre	Género	Relación	Fecha de nacimiento
		Jefe(a) de familia	

Complete las siete secciones de la evaluación.

Sección 1: Puntos de vulnerabilidad misceláneos	
¿Alguna vez prestó servicios en el ejército? (solo para asignación y derivación a los servicios para veteranos) <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Ciudad o código postal de su última dirección permanente (no incluya la dirección de un refugio o de otros programas).	
Sume 1 punto si su núcleo familiar tenía 6 miembros o más.	
Sume 1 punto si la falta de hogar se debe a la violencia doméstica (en el último año).	
Sume 1 punto si la persona entrevistada tiene más de 60 años.	
Sume 1 punto si la persona entrevistada tiene entre 18 y 24 años.	
Total de la sección 1:	

Sección 2: Vivienda y falta de hogar	
Elija solo UNA respuesta en cada parte de la sección	
Parte A.	Indique dónde ha estado durmiendo de noche (elija el lugar donde ha estado durmiendo con mayor frecuencia).
5	No tengo hogar; he estado durmiendo en un lugar que no está destinado a la ocupación humana.
4	No tengo hogar; he estado durmiendo en un refugio.
3	En una vivienda transitoria.
2	En una vivienda subestándar o con un alquiler que no es asequible (más del 30% de los ingresos).
1	En una vivienda estable mínimamente adecuada.
0	En una vivienda segura, adecuada y asequible.

Parte B.	En caso de que haya seleccionado un refugio o un lugar que no está destinado para la ocupación humana, ¿durante cuánto tiempo ha estado en ese lugar?
3	Más de 1 año.
2	De 6 meses a 1 año.
1	De 1 a 6 meses.
0	Menos de 30 días.

Parte C.	**Responda la Parte C SOLO si la respuesta de la Parte B es menos de 1 año**
Si actualmente no tiene hogar, ¿ha tenido períodos de falta de hogar al menos cuatro veces en los últimos tres años?	
1	Sí
0	No
Total de la sección 2:	

Sección 3: Ingresos y empleo	
Elija solo UNA respuesta en cada parte de la sección	
Parte A.	¿Recibe un ingreso estable?
4	No recibo ingresos.
2	Recibo algunos ingresos que no son estables y no alcanzan para pagar una vivienda no subsidiada.
1	Recibo ingresos de beneficios generales que no alcanzan para pagar una vivienda no subsidiada.
0	Recibo ingresos de beneficios generales o laborales que alcanzan para pagar una vivienda no subsidiada.

Parte B.	¿Tiene trabajo?
5	No, no puedo trabajar a causa de una discapacidad.
4	No, tengo barreras significativas (dificultades idiomáticas, falta de cuidado infantil, falta de transporte, etc.).
2	Sí, pero solo algunas horas por semana y a veces no hay trabajo disponible/ No, pero estoy buscando.

1	Sí, tengo una discapacidad pero trabajo una cantidad limitada de horas para complementar los ingresos que recibo de SSI/SSDI.	
1	Sí, tengo un trabajo de tiempo parcial y un horario estable.	
0	Sí, tengo un trabajo de tiempo completo.	
Total de la sección 3:		

Sección 4: Salud mental y abuso de sustancias

Elija solo **UNA** respuesta en cada parte de la sección

Parte A.	¿Le han diagnosticado una enfermedad mental?	
3	Sí, actualmente no estoy recibiendo tratamiento.	
2	Sí, estoy bajo cuidado médico pero no siempre tomo los medicamentos o sigo las instrucciones.	
1	Sí, estoy bajo cuidado médico y tomo los medicamentos o sigo las instrucciones médicas.	
0	No, no tengo ninguna enfermedad mental.	

Parte B.	Indique si tiene antecedentes de algún trastorno de consumo de sustancias (Substance Use Disorder, SUD)	
4	Sí, actualmente consumo alcohol o drogas y no estoy en recuperación.	
3	Sí, pero estoy en recuperación desde hace menos de 6 meses.	
2	Sí, pero estoy en recuperación desde hace 6 meses a 1 año.	
1	Sí, pero estoy en recuperación desde hace más de 1 año.	
0	No tengo ningún problema de abuso de sustancias.	

Marque la casilla si quiere recibir una derivación **SOLO** a programas que brinden servicios de abuso de sustancias

Parte C.	Indique si ha tenido una sobredosis de alcohol o drogas.	
2	He tenido una sobredosis de alcohol o drogas en los últimos 12 meses.	
Total de la sección 4:		

Sección 5: Salud física

Elija solo **UNA** respuesta en cada parte de la sección

Parte A.	¿Tiene alguna enfermedad crónica?	
3	Sí, actualmente no estoy recibiendo tratamiento.	
2	Sí, estoy bajo cuidado médico pero no siempre tomo los medicamentos o sigo las instrucciones.	
1	Sí, estoy bajo cuidado médico y tomo los medicamentos o sigo las instrucciones médicas.	
0	No, no tengo ninguna enfermedad crónica.	

Parte B.	¿Tiene problemas de movilidad a causa de una enfermedad crónica?	
3	Sí, estoy en silla de ruedas.	
2	Sí, dependo de un bastón o de muletas para moverme.	
1	Sí, puedo caminar una distancia corta sin ayuda, pero me cuesta.	
0	No, no tengo problemas de movilidad.	

Parte C.	¿Le han diagnosticado VIH o SIDA? (Le hacemos esta pregunta porque algunos programas están orientados específicamente a personas con VIH o SIDA y queremos saber si es elegible para estos programas).	
2	Sí	
0	No	

Parte D.	¿Cuántas veces ha estado en la sala de emergencias de un hospital en los últimos 12 meses?
3	10 veces o más.
2	De 5 a 9 veces.
1	De 1 a 4 veces.
0	No he estado en la sala de emergencias de un hospital en los últimos 12 meses.
Total de la sección 5:	

Sección 6: Orientación sexual e identidad de género	
¿Se identifica como miembro de la comunidad LGBTQ?	
2	Sí
0	No
Total de la sección 6:	

Puntuación de vulnerabilidad total:	
--	--

Sección 7: Comentarios adicionales

Conforme a la ley federal y estatal, el Departamento de Vivienda y Desarrollo Comunitario de Massachusetts (Department of Housing and Community Development, DHCD) no discrimina en función de raza, color, sexo, orientación sexual, identidad de género, origen nacional, religión, credo, edad, discapacidad, estado familiar, tenencia de hijos, estado civil, condición de militar o veterano, recepción de asistencia pública o subsidio de vivienda, ascendencia ni información genética. Si desea presentar un reclamo por discriminación, puede comunicarse con la directora adjunta de la División de Estabilización de Vivienda del DHCD a 100 Cambridge St., 4th Floor, Boston, MA 02114, tel. (617) 573-11370, TTY (617) 573-1140 para personas sordas o con problemas de audición.

**CONSENTIMIENTO PARA PARTICIPAR EN UNA EVALUACIÓN Y AUTORIZACIÓN PARA
COMPARTIR INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA**

Nombre del participante	Apellido del participante	Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa)
Nombre y cargo de la persona que realiza la entrevista	Organización de la persona que realiza la entrevista	Fecha de la entrevista

Le pedimos que participe en una entrevista y una evaluación para que podamos entregar su información al Programa de Continuidad de Cuidados (Continuum of Care, **CoC**) del Resto del Estado de Massachusetts para inscribirlo en el Sistema de Registros Coordinados de CoC.

Información sobre el Sistema de Registros Coordinados de los Servicios para Personas sin Hogar: A través del Programa de Continuidad de Cuidados del Resto del Estado de Massachusetts, se accede a los servicios para personas sin hogar, las viviendas transitorias y otros recursos para personas sin hogar mediante el Sistema de Registros Coordinados que administra el Programa de CoC. Las personas y familias que han estado sin hogar durante períodos prolongados y tienen amplias necesidades de servicios tienen prioridad a la hora de acceder los servicios y las viviendas del Programa de CoC. El Sistema de Registros Coordinados asigna rápidamente los recursos de viviendas más adecuados a las personas sin hogar. Además de viviendas, se ofrecen servicios de apoyo de administración de casos para que las personas obtengan servicios que quizás necesiten para permanecer en las viviendas, como atención médica primaria, tratamiento por consumo de sustancias y servicios de apoyo para la recuperación por abuso de sustancias.

El Programa de CoC es producto de la colaboración entre agencias del estado, el condado y la ciudad; proveedores de servicios sociales; agencias de viviendas; comercios; fuerzas del orden público y otras organizaciones que ayudan a personas que no tienen o no tuvieron hogar. **Junto con esta Autorización, encontrará una lista de organizaciones que forman parte de la Red actualmente.** La organización a cargo de la entrevista es miembro del Programa de CoC. Es posible que la lista de miembros del Programa de CoC varíe con el paso del tiempo. **Puede llamar al Programa de CoC al (617) 573-1390 en cualquier momento para pedir la lista completa de miembros participantes.**

Evaluación: Una vez que entregue la autorización, llevaremos a cabo una entrevista acerca de su salud y su situación de vivienda para ingresar sus datos en el Sistema de Registros Coordinados del Programa de CoC. La entrevista dura de 20 a 30 minutos. Le haremos preguntas relacionadas con el consumo de sustancias y problemas médicos y de salud mental, y también le preguntaremos dónde ha vivido y trabajado y si alguna vez ha ingresado en el sistema de justicia penal. Para la mayoría de las preguntas, solo deberá responder "sí" o "no". Algunas preguntas exigen respuestas de una sola palabra.

La participación es voluntaria: Su participación en la evaluación y el ingreso de sus datos en el Sistema de Registros Coordinados del Programa de CoC son totalmente voluntarios. Si decide que no quiere participar en la evaluación ni que se transmita su información, tiene que saber lo siguiente: (1) no habrá ninguna consecuencia respecto de los servicios que reciba de la organización a cargo de la entrevista; (2) eso no impedirá que se ingresen sus datos en el Sistema de Registros Coordinados, aunque la capacidad del sistema se verá limitada significativamente. Si desea que se ingresen sus datos en el Sistema de Registros Coordinados sin realizar la entrevista, comuníquese con el Programa de CoC al **(617) 573-1390** o envíe un correo electrónico a DHCDcocapplications@mass.gov

Si acepta realizar la entrevista, puede pedir un descanso o detenerla cuando lo desee. Si no entiende lo que le preguntan, infórmeselo a la persona que le realiza la entrevista para que le brinde asistencia.

Inscripción en el Sistema de Registros Coordinados: quién recibirá la información que se recopila durante la entrevista. Con su autorización, la información recopilada durante la entrevista se ingresará en el Sistema de Registros Coordinados del Programa de CoC con el fin de determinar si usted es elegible para diversos programas de viviendas y ofrecerle derivaciones a otros servicios.

Derechos importantes e información que debe saber.

- Puede revocar la autorización para transmitir información al Programa de CoC en cualquier momento; si desea hacerlo, llame al (617) 573-1390. Si revoca la autorización, la revocación no se aplicará a la información que ya se ha usado o transmitido.
 - Puede optar por dejar de figurar en el Sistema de Registros Coordinados en cualquier momento; si desea hacerlo, comuníquese con el Programa de CoC al (617) 573-1390.
 - La información que se transmita al Programa de CoC conforme a esta autorización puede retransmitirse y es posible que ya no esté protegida por las leyes de privacidad federales o estatales. No todas las organizaciones ni personas tienen la obligación de respetar estas leyes.
 - Usted tiene derecho a recibir una copia de esta autorización una vez que la haya firmado. Si desea obtenerla, pídasela a la persona que le realiza la entrevista o comuníquese con el Programa de CoC al **(617) 573-1390**.
-

FIRME A CONTINUACIÓN SI AUTORIZA LA ENTREVISTA Y LA TRANSMISIÓN DE SU INFORMACIÓN

He leído (o me han leído) la autorización y acepto y entiendo lo siguiente:

1. Responder la entrevista consiste únicamente en completar la herramienta de evaluación adjunta a esta autorización (específicamente, la Herramienta de vulnerabilidad de registros coordinados). La persona encargada de realizar la entrevista informará los últimos cuatro dígitos de mi número del Seguro Social, que se solicitan para identificarme, al Programa de CoC y la agencia de derivaciones.
2. Mi participación en la entrevista y el Sistema de Registros Coordinados no garantiza mi elegibilidad para un servicio o programa, como un programa de vivienda. Ser elegible para un servicio o programa no garantiza el acceso a dicho servicio o programa.
3. La información que brinde en esta entrevista es verdadera y completa según mi leal saber. Es posible que se verifique la información que proporcione.
4. Esta autorización permanecerá vigente hasta su vencimiento o revocación.

Al firmar (o hacer una marca) a continuación, manifiesto que he leído (o me han leído) y acepto la información que precede y que presto mi consentimiento para que se me entreviste y se transmita mi información a la Red. También manifiesto que he recibido una copia de este Formulario de autorización.

Fecha

Firma (o marca) del participante

Firma de la persona que realiza la entrevista

IMPORTANTE: Es necesario completar la siguiente Autorización de divulgación de información confidencial para personas y familias con antecedentes de trastornos de consumo de sustancias si se quieren ingresar datos sobre el consumo de drogas o alcohol en el Sistema de Registros Coordinados del Resto del Estado o si se quiere compartir dicha información con la Red.

Lista de organizaciones que conforman el Programa de Continuidad de Cuidados del Resto de Massachusetts

Action for Boston Community Development (ABCD)
Advocates Inc.
Bay Cove
Boston Community Capital
Bread of Life
Brookline Community Mental Health Center
Brookline Housing Authority
Cambridge Health Alliance (CHA)
CAPIC Chelsea
Caritas Communities
CHA/Everett Community Health
Commonwealth Land Trust
Community Health Link
Community Service Network
Community Teamwork Inc. (CTI)
Massachusetts Department of Housing and Community Development (DHCD)
Massachusetts Department of Mental Health (DMH)
Massachusetts Department of Public Health (DPH)/Bureau of Substance Abuse (BSAS)
Massachusetts Department of Veterans Services (DVS)
Massachusetts Department of Children and Families (DCF)
Eliot Community Human Services
Emmaus
Father Bills & Mainspring
Family Promise Metrowest
Greater Lawrence Community Action
HAP Housing
Hallmark Health
HarborCOV
Heading Home
HomeStart
Housing Families
Just – A - Start
Justice Resources Institute Inc.
Massachusetts Housing and Shelter Alliance (MHSA)
Merrimac Valley YMCA
Metropolitan Boston Housing Partnership (MBHP)
Middlesex Human Service Agency including Bristol Lodge
Navicore Solutions
New England Communities, Inc.
North Charles, Inc.
North Shore Community Action Program
Pine Street Inn
Psychological Center
Resources for Communities and People (RCAP)
Seven Hills Behavioral Health
South Middlesex Opportunity Council (SMOC)
South Shore Housing Development Corporation
The Neighborhood Developers
The Second Step
Veterans Administration
Veterans Inc.
Veterans Northeast Outreach Center
Vinfen
Wayside Youth
Youth Harbors
YWCA of Greater Lawrence

**SISTEMA DE REGISTROS
COORDINADOS
PROGRAMA DE CONTINUIDAD DE
CUIDADOS DEL RESTO DEL ESTADO**

**CONSENTIMIENTO DE PARTICIPACIÓN Y AUTORIZACIÓN DE DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN
CONFIDENCIAL PARA PERSONAS Y FAMILIAS CON ANTECEDENTES DE TRASTORNOS DE CONSUMO
DE SUSTANCIAS**

ACERCA DEL SISTEMA DE REGISTROS COORDINADOS

Se le ha propuesto participar en el Sistema de Registros Coordinados del Programa de Continuidad de Cuidados del Resto del Estado (BoS CoC). El Programa de BoS CoC recibe financiación del departamento federal de Vivienda y Desarrollo Urbano (Housing and Urban Development, HUD) a través del Departamento de Vivienda y Desarrollo Comunitario (Department of Housing and Community Development, DHCD) de Massachusetts. El propósito del Programa de BoS CoC del resto del estado es crear y mantener programas de viviendas financiados por el HUD para personas y familias que no tienen hogar y no lo han tenido de forma crónica (la mayor parte de los condados de Suffolk, Middlesex y Norfolk). El objetivo del Sistema de Registros Coordinados es identificar a personas y familias que no tienen hogar y no lo han tenido de forma crónica y ubicarlos en viviendas lo más rápidamente posible. Si usted decide formar parte del Sistema de Registros Coordinados del Programa de BoS CoC del resto del estado que administra el DHCD, se le brindará ayuda para encontrar una vivienda lo más rápidamente posible. Además de una vivienda, se le brindarán servicios de apoyo de administración de casos para que pueda encontrar y seguir recibiendo los servicios que necesita, como atención médica primaria, tratamiento por abuso de sustancias y servicios de apoyo para la recuperación por abuso de sustancias, y para que pueda permanecer en la vivienda.

Su participación en el Sistema de Registros Coordinados es estrictamente voluntaria.

No tiene que participar en este programa si no quiere hacerlo. Si decide participar, puede cancelar su participación en cualquier momento. En caso de que decida participar, recopilaremos su información personal para poder ubicarlo en una vivienda. Con su permiso, transmitiremos esa información solo a organizaciones que le ayuden a encontrar una vivienda. Si no nos otorga permiso para transmitir su información, cargaremos sus datos en el Sistema de Registros Coordinados pero la ayuda que recibirá será limitada.

RECOPIACIÓN Y USO DE LA INFORMACIÓN

DETERMINACIÓN Y EVALUACIÓN

Una vez que otorgue su permiso, un trabajador del Sistema de Registros Coordinados llevará a cabo una entrevista personal con usted para determinar qué programas de vivienda se adaptan a sus necesidades. La persona encargada de la entrevista le hará preguntas relacionadas con el consumo de sustancias y problemas de salud médica y mental. También le preguntará dónde ha vivido y trabajado y si alguna vez ha ingresado en el sistema de justicia penal.

REQUISITOS DE LA PARTE 2 DEL TÍTULO 42 DEL CÓDIGO FEDERAL DE REGULACIONES

El gobierno exige proteger la información personal que se carga en el Sistema de Registros Coordinados. Si la información se relaciona con el abuso de sustancias, un diagnóstico de un trastorno de consumo de sustancias o un tratamiento de un trastorno de consumo de sustancias, es necesario cumplir con requisitos especiales para proteger esta información. Dichos requisitos se describen en la página siguiente. Su información solo puede transmitirse a otras organizaciones si usted otorga permiso. La información solo se usará para asignarle una vivienda. Para tal fin, la información se ingresará en el Sistema de Registros Coordinados del DHCD. Con su consentimiento, también nos gustaría que nos brindara el nombre, la dirección y el número de teléfono de otra persona que pueda ayudarnos a ubicarlo en caso de que necesitemos hacerlo.

Tomamos medidas para proteger la privacidad y la seguridad de su información personal. Las siguientes leyes federales protegen la información personal sobre el consumo de sustancias y los tratamientos correspondientes que ingresamos en el Sistema de Registros Coordinados del Programa de BoS CoC del resto del estado: Confidencialidad de los registros de pacientes con problemas de abuso de alcohol y drogas (Parte 2 del Título 42 del Código Federal de Regulaciones) y Ley de Portabilidad y Responsabilidad de los Seguros de Salud (Health Insurance Portability and Accountability Act, HIPAA) de 1996 (Partes 160 y 164 del Título 45 del Código Federal de Regulaciones). Su información no puede transmitirse sin su permiso a menos que dichas leyes lo admitan.

Herramienta de evaluación de vulnerabilidad de registros coordinados

Yo, _____,
(nombre en letra de imprenta de la persona que otorga su consentimiento para la divulgación de información)
he leído y entiendo plenamente este formulario de consentimiento y deseo que se ingresen mis datos en el Sistema de Registros Coordinados del Programa de BoS CoC del resto del estado.

Otorgo mi consentimiento para lo siguiente:

- autorizo al Sistema de Registros Coordinados del Programa de BoS CoC del resto del estado para que lleve a cabo una evaluación con el fin de derivarme a los programas de vivienda adecuados;
- entiendo que el Sistema de Registros Coordinados del Programa de BoS CoC del resto del estado debe recopilar e ingresar información en el sistema de datos del DHCD; y autorizo a dicho sistema a recopilar mi información e ingresarla en el Sistema de Registros Coordinados del DHCD;
- acepto brindar mi información de contacto y la de otra persona que sepa cómo localizarme para hacer seguimientos y recibir derivaciones a los programas de vivienda adecuados;
- entiendo que mi información y mis registros cuentan con la protección de leyes federales que rigen la confidencialidad de los registros de pacientes con problemas de abuso de alcohol y drogas (Parte 2 del Título 42 del Código Federal de Regulaciones) y de la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de los Seguros de Salud (HIPAA) de 1996 (Partes 160 y 164 del Título 45 del Código Federal de Regulaciones); y entiendo que mi información no puede transmitirse sin mi consentimiento escrito a menos que dichas leyes y disposiciones establezcan lo contrario;
- autorizo que se transmita información sobre mi trastorno de consumo de sustancias a miembros designados del personal del Sistema de Registros Coordinados y a una o más de las siguientes organizaciones solo en la medida en que dicha información sea necesaria para que el sistema me derive a programas de viviendas adecuados a mis necesidades.
 - Bay Cove Human Services/Kit Clark Senior Services;
 - High Point/SEMCOA;
 - The Institute for Health and Recovery;
 - Massachusetts Sober Housing Corporation;
 - South Middlesex Opportunity Council;
- Entiendo que puedo cancelar este consentimiento en cualquier momento, excepto en la medida en que se hayan tomado medidas en virtud de mi consentimiento previo. También entiendo que, en cualquier caso, este consentimiento vence automáticamente a los 90 días del ingreso de mis datos en el Sistema de Registros Coordinados del Programa de BoS CoC del resto del estado. Si decido cancelar mi consentimiento antes de la fecha de vencimiento automático, puedo comunicarme con la coordinadora de subsidios del Programa de CoC del DHCD al siguiente número de teléfono:
1-617-573-1390.

Manifiesto que he recibido una copia de este formulario de consentimiento para la divulgación de información.

Firma del participante

Fecha

Firma del miembro del personal

Fecha

Nombre y cargo del miembro del personal en letra de imprenta: _____

Información de contacto opcional: autorizo al Programa de CoC para que se comunique con la siguiente persona que sabe cómo localizarme para que pueda hacer los seguimientos y recibir derivaciones a los programas de vivienda adecuados.

Nombre en letra de imprenta: _____

Dirección en letra de imprenta: _____

Número de teléfono: _____

Dirección de correo electrónico: _____

Sistema de Registros Coordinados del Programa de Continuidad de Cuidados del Resto del Estado
Formulario de preferencia de vivienda

Nombre del participante	Apellido del participante	Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa)
Nombre y cargo de la persona que realiza la entrevista	Organización de la persona que realiza la entrevista	Fecha de la entrevista

Este formulario se adjuntará a los formularios de vulnerabilidad y divulgación de su registro coordinado para que podamos comprender mejor cuáles son sus necesidades y preferencias de vivienda. El Programa de Continuidad del resto del estado abarca un área geográfica amplia y sabemos que ciertas comunidades serán más adecuadas que otras debido a que le permitirán estar más cerca de sus sistemas de apoyo. También entendemos que algunas personas quizás no puedan vivir en determinadas comunidades. Marque las casillas que se encuentren junto a las comunidades en las que podría vivir y que le permitirían estar cerca de sus sistemas de apoyo. Recuerde que si elige menos ciudades, las oportunidades de vivienda se reducirán pero eso no afectará su posición en la lista de derivaciones.

- | | | | |
|-------------------------------------|--------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Acton | <input type="checkbox"/> Dover | <input type="checkbox"/> Medford | <input type="checkbox"/> Stoughton |
| <input type="checkbox"/> Ashby | <input type="checkbox"/> Dracut | <input type="checkbox"/> Medway | <input type="checkbox"/> Stow |
| <input type="checkbox"/> Ashland | <input type="checkbox"/> Dunstable | <input type="checkbox"/> Melrose | <input type="checkbox"/> Sudbury |
| <input type="checkbox"/> Avon | <input type="checkbox"/> Everett | <input type="checkbox"/> Millis | <input type="checkbox"/> Tewksbury |
| <input type="checkbox"/> Ayer | <input type="checkbox"/> Foxborough | <input type="checkbox"/> Milton | <input type="checkbox"/> Townsend |
| <input type="checkbox"/> Bedford | <input type="checkbox"/> Framingham | <input type="checkbox"/> Nahant | <input type="checkbox"/> Tyngsboro |
| <input type="checkbox"/> Bellingham | <input type="checkbox"/> Franklin | <input type="checkbox"/> Natick | <input type="checkbox"/> Wakefield |
| <input type="checkbox"/> Belmont | <input type="checkbox"/> Groton | <input type="checkbox"/> Needham | <input type="checkbox"/> Walpole |
| <input type="checkbox"/> Billerica | <input type="checkbox"/> Holbrook | <input type="checkbox"/> Newton | <input type="checkbox"/> Waltham |
| <input type="checkbox"/> Boxborough | <input type="checkbox"/> Holliston | <input type="checkbox"/> Norfolk | <input type="checkbox"/> Watertown |
| <input type="checkbox"/> Braintree | <input type="checkbox"/> Hopkinton | <input type="checkbox"/> Norwood | <input type="checkbox"/> Wayland |
| <input type="checkbox"/> Brookline | <input type="checkbox"/> Hudson | <input type="checkbox"/> Pepperell | <input type="checkbox"/> Wellesley |
| <input type="checkbox"/> Burlington | <input type="checkbox"/> Lawrence | <input type="checkbox"/> Plainville | <input type="checkbox"/> Westford |
| <input type="checkbox"/> Canton | <input type="checkbox"/> Lexington | <input type="checkbox"/> Randolph | <input type="checkbox"/> Weston |
| <input type="checkbox"/> Carlisle | <input type="checkbox"/> Lincoln | <input type="checkbox"/> Reading | <input type="checkbox"/> Westwood |
| <input type="checkbox"/> Chelmsford | <input type="checkbox"/> Littleton | <input type="checkbox"/> Revere | <input type="checkbox"/> Winchester |
| <input type="checkbox"/> Chelsea | <input type="checkbox"/> Malden | <input type="checkbox"/> Sharon | <input type="checkbox"/> Winthrop |
| <input type="checkbox"/> Cohasset | <input type="checkbox"/> Marlborough | <input type="checkbox"/> Sherborn | <input type="checkbox"/> Woburn |
| <input type="checkbox"/> Concord | <input type="checkbox"/> Maynard | <input type="checkbox"/> Shirley | <input type="checkbox"/> Wrentham |
| <input type="checkbox"/> Dedham | <input type="checkbox"/> Medfield | <input type="checkbox"/> Stoneham | |

También sabemos que el tipo de vivienda influye en la evolución de cada persona. Marque las casillas que se encuentren junto a los tipos de viviendas que considera más adecuados para usted.

- | | | | |
|--|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Vivienda de una sola habitación | <input type="checkbox"/> Vivienda congregada | <input type="checkbox"/> Unidad en un clúster | <input type="checkbox"/> Vivienda dispersa |
|--|--|---|--|

El **Programa de Realojamiento Rápido** ofrece asistencia para pagar alquileres, depósitos de seguridad y otras exigencias financieras y también brinda servicios de apoyo para que las personas puedan ingresar a un apartamento. La asistencia financiera y los servicios de apoyo finalizan a los seis meses del ingreso al apartamento. **Marque la casilla si le interesa acceder al Programa de Realojamiento Rápido**

Por último, sabemos que algunas personas tienen necesidades muy específicas debido a que tienen discapacidades. Marque si necesita lo siguiente:

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Una unidad accesible para personas con discapacidad | <input type="checkbox"/> Una unidad en un primer piso |
| <input type="checkbox"/> Dispositivos para personas con discapacidad auditiva | <input type="checkbox"/> Dispositivos para personas con discapacidad visual |

