PLAN DE TRABAJO PARA EL HOMELESS PREVENTION AND RAPID REHOUSING PROGRAM 2010
(HPRP- ARRA FUNDS)

I. INFORMACIÓN GENERAL	**Nombre de la Entidad:**	
	Tipo de Organización	
	Seguro Social Patronal:	- -
	DUNS Number	

1. DIRECCIÓN DE LA ENTIDAD Y PERSONAS CONTACTOS:

Dirección Física de la Entidad

Dirección Postal de la Entidad

Número de Teléfono

Número de Fax

Correo Electrónico

Correo electrónico Alterno

Nombre del (la) Director(a) de la Entidad

Correo Electrónico

2. RESUMEN DEL PRESUPUESTO SOLICITADO:

Actividad	Cantidad Solicitada ($)	Por Ciento del Total Solicitado
Gastos Rapid Re-Housing		
Gastos Prevención		
Gastos de Manejo de Casos		
TOTAL		**100%**

A. PROGRAMA PROPUESTO UTILIZANDO LOS FONDOS HPRP

1. ¿Cuál será el horario y días de servicio a la clientela? _____

2. Indique el número de participantes (NO DUPLICADOS) que la Entidad espera atender en el Primer Semestre del Año 2011:

Participantes	**Clasificación**		**TOTAL**
	Prevención	**Rapid Re-Housing**	
Cantidad			

Identifique el lugar de procedencia de las personas sin hogar o en riesgo de perder su hogar que recibirán los servicios de la Entidad (marque todas las que apliquen):

☐	Personas que viven en la calle	☐	Personas que egresadas en una institución (por menos de 30 días) y que antes de ingresar vivían en la calle o en un albergue de emergencia.
☐	Personas que viven en una Vivienda Transitoria para personas sin hogar.	☐	Personas egresadas de una institución de larga estadía (por más de 30 días).
☐	Personas que viven en la calle o en un Albergue de Emergencia.	☐	Personas que han escapado de una situación de violencia doméstica
☐	Personas desalojadas de sus viviendas.	☐	Familias con atraso de utilidades
☐	Familias con atraso de renta (alquiler)	☐	Otros (especifique): _____

3. Identifique el Municipio o Area Geográfica a Servir: _____ (**Es mandatorio tener una carta de apoyo del Municipio o de los Municipios donde se proyecto prestar los servicios**)
4. Status de Monitorias, auditorias o Intervenciones fiscales o programáticas realizados a la Entidad: Favor indicar si la Entidad tiene hallazgos pendientes con alguna Agencia Federal, Estatal, o Municipal producto de alguna actividad de monitoría o auditoría programática y/o fiscal a la Entidad **(ESTA INFORMACION SERA VERIFICADA, SI SE OMITE INFORMACION LA ENTIDAD SERA DESCALIFICADA)**. De ser afirmativo, favor describir el proceso de intervención realizado, los servicios intervenidos, la Agencia que realiza la intervención y el status del informe producido.

_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____

B. HOMELESS MANAGEMENT INFORMATION SYSTEM (HMIS)

1. ¿Utilizan el **Homeless Management Information System** (HMIS) en estos momentos? ☐ **SI** ☐ **NO**
2. ¿Actualmente registra datos de sus servicios en el HMIS?: ☐ **SI,** ☐ Algunos ☐ Todos

   ☐ **NO,** ¿Por qué?_____
3. Tiene un área disponible actualmente para prestar los servicios: ☐ **SI** ☐ **NO**

   De no tenerlo, que espacio en pies cuadrados necesita: _____ Cual es el costo estimado: _____
4. Tiene conexión de Internet en el área donde se prestarán los servicios: ☐ **SI** ☐ **NO**
5. Cuantas personas utilizarán el sistema: _____

C. NECESIDADES DE LA POBLACIÓN Y SERVICIOS PROYECTADOS

1. Información de la población de las personas sin hogar en su comunidad. Conteste en detalle todas las preguntas a continuación:
¿Cuál es la sub-población mayor de personas sin hogar o en riesgo de perder su hogar de su comunidad?
¿Qué dificultades (retos) enfrenta esta población?
¿Qué servicios no están disponibles?

¿Existe otro Programa o Agencia Municipal que ofrece servicios a la misma población de personas que sirve su Entidad?

¿Qué servicios ofrece?

2. Información del Proyecto/Programa propuesto. Conteste en detalle todas las preguntas a continuación:

¿Cómo su Entidad proyecta atender las **necesidades** de las personas sin hogar o en riesgo de perder su hogar?

¿Qué **actividades** llevará a cabo para encaminar a sus participantes hacia la auto-suficiencia personal, económica y de vivienda permanente?

¿Cuáles son los **Criterios de Elegibilidad y Evaluación** que utilizará para aceptar a sus participantes?

Describa la **Estrategia de Servicios** (modelo de intervención) que utilizará para cumplir con sus metas.

II. MEDIDAS DE EJECUCIÓN <u>BAJO PREVENCION</u> (DATOS PROYECTADOS)

Identifique las actividades que proyecta llevar a cabo con los fondos solicitados, para lograr las metas establecidas dirigidas a atender a la población de personas sin hogar o en riesgo de perder su hogar. Deberá completar sólo los blancos que apliquen a los servicios que su Entidad propone.

Los datos relacionados a los indicadores y los resultados proyectados deben ser cónsonos con la información contenida en el presupuesto presentado.

OBJETIVO: Mantener vivienda apropiada
RESULTADO: Mantener unidades de vivienda asequibles

Partida de Gastos	Actividades Proyectadas (según la partida de gastos solicitada)	Indicadores	Resultados Proyectados
PREVENCION **Presupuesto:** **$**	Ayuda Económica de Emergencia para Prevenir la Deambulancia. (**<u>La ayuda máxima permitida será por un periodo de 3 meses</u>**) **Tipo de Servicio:** (marque con una x) ☐ Pago de renta atrasada ☐ Pago de utilidades atrasadas ☐ Pago del primer mes de renta y/o fianza ☐ Pago de fianza para utilidades ☐ Pago de renta a familias ☐ Pago de utilidades a familias	• Hogares que reciben servicios de prevención por tipo de servicio.	Número de hogares que recibirán servicios de prevención por tipo de servicio: Tipo de servicio / Total Hogares Pago de renta atrasada Pago de utilidades atrasadas Pago del primer mes de renta y/o fianza Pago de fianza para utilidades Pago de renta a familias Pago de utilidades a familias

III. RECURSOS FISCALES PREVENCION

A. Indique la **disponibilidad de otras fuentes de fondos** con las que cuenta su Entidad para ofrecer servicios a la población de personas sin hogar o en peligro de perder su hogar:

Procedencia/Fuente de Ingreso	Cantidad de Fondos	Periodo que Comprende (Año Fiscal)
Federales (**no** incluya fondos del programa ESG)		
Municipales		
Estatales		
Otros		
Total		

IV. DETALLE DEL PRESUPUESTO SOLICITADO (PREVENCION)

PREVENCIÓN

Concepto de Gasto	Cantidad Solicitada
1. Outreach, referidos orientación inicial	
2. Pago de alquiler para evitar desahucio	
3. Pago de utilidades atrasadas	
4. Fianzas y primer mes de renta	
5. Representación Legal (para evitar desahucio)	
Subtotal	

GASTOS DE MANEJO DE CASOS

Concepto de Gasto	Cantidad Solicitada
1. Manejador de Casos	
2. Materiales para el manejo de casos	
3. Inspector de Casos	
Subtotal	

RECURSOS HUMANOS NECESARIOS PARA LLEVAR A CABO EL PROYECTO DE PREVENCION

Complete **todas** las columnas de esta tabla, incluyendo todo el personal que ofrece servicio (tiempo completo y parcial) en la Entidad

Nombre	Título	Salario Anual pagado en 2009-10	Salario **actual** pagado con otros fondos (Anual)		% que pagan otro/s Programa/s del salario anual (según columna c)	Salario anual a pagar 2010-11	Salario que **pagará con HPRP** (Anual)		% que pagará otro/s Programa/s con los fondos solicitados (según columna g)	Cantidad de horas que trabajará (mensual)
			Cantidad	% Salario pagado			Cantidad	% salario solicitado		
(a)	**(b)**	**(c)**	**(d)**	**(e)**	**(f)**	(g)	(h)	**(i)**	**(j)**	(k)

G. NARRATIVO DEL PRESUPUESTO DE PREVENCION

Explique **detalladamente** el presupuesto según cada partida de gastos.

V. MEDIDAS DE EJECUCIÓN BAJO RAPID REHOUSING

Identifique las actividades que proyecta llevar a cabo con los fondos solicitados, para lograr las metas establecidas dirigidas a atender a la población de personas sin hogar o en riesgo de perder su hogar. Deberá completar sólo los blancos que apliquen a los servicios que su Entidad propone.

Los datos relacionados a los indicadores y los resultados proyectados deben ser cónsonos con la información contenida en el presupuesto presentado.

OBJETIVO: Proveer una vivienda apropiada a personas sin hogar

RESULTADO: Estabilización y relocalización de una personas/familia sin hogar

<table>
<tr><th>Partida de Gastos</th><th>Actividades Proyectadas
(según la partida de gastos solicitada)</th><th>Indicadores</th><th>Resultados Proyectados</th></tr>
<tr>
<td>Rapid Rehousing

Presupuesto:

$</td>
<td>Ayuda Económica de Emergencia para proveer una vivienda a personas sin hogar.

Tipo de Servicio: (marque con una x)

☐ Pago de hotel/motel
☐ Pago del primer mes de renta y/o fianza
☐ Pago de fianza para utilidades
☐ Pago de renta a familias
☐ Pago de utilidades a familias</td>
<td>• Personas que reciben servicios de prevención por tipo de servicio.</td>
<td>Número de hogares que recibirán servicios de prevención en un período de 18 meses por tipo de servicio:

<table>
<tr><th>Tipo de servicio</th><th>Total Personas</th></tr>
<tr><td>Pago de hotel/motel</td><td></td></tr>
<tr><td>Pago del primer mes de renta y/o fianza</td><td></td></tr>
<tr><td>Pago de fianza para utilidades</td><td></td></tr>
<tr><td>Pago de renta a familias</td><td></td></tr>
<tr><td>Pago de utilidades a familias</td><td></td></tr>
</table>
</td>
</tr>
</table>

IV. DETALLE DEL PRESUPUESTO SOLICITADO (RAPID REHOUSING)

Rapid Rehousing

Concepto de Gasto	**Cantidad**
1. Outreach, referidos orientación inicial	
2. Pago de alquiler	
3. Pago de utilidades	
4. Fianzas y primer mes de renta	
5. Pago de hotel, motel u otro	
6. Otros (especifique)	
Subtotal	

GASTOS DE MANEJO DE CASOS	
Concepto de Gasto	**Anual**
1. Manejador de Casos	
2. Materiales para el manejo de casos	
3. Inspector de Casos	
Subtotal	

RECURSOS HUMANOS NECESARIOS PARA LLEVAR A CABO EL PROYECTO DE RAPID REHOUSING

Complete **todas** las columnas de esta tabla, incluyendo todo el personal que ofrece servicio (tiempo completo y parcial) en la Entidad.

Nombre	Título	Salario Anual pagado en 2009-10	Salario **actual** pagado con otros fondos (Anual)		% que pagan otro/s Programa/s del salario anual (según columna c)	Salario anual a pagar 2010-11	Salario que **pagará con HPRP** (Anual)		% que pagará otro/s Programa/s con los fondos solicitados (según columna g)	Cantidad de horas que trabajará (mensual)
			Cantidad	% Salario pagado			Cantidad	% salario solicitado		
(a)	**(b)**	**(c)**	**(d)**	**(e)**	**(f)**	(g)	(h)	**(i)**	**(j)**	(k)

H. NARRATIVO DEL PRESUPUESTO DE RAPID REHOUSING

Explique **detalladamente** el presupuesto según cada partida de gastos.

I. DOCUMENTOS REQUERIDOS CON LA PROPUESTA

☐	Certificación de Incorporación Original	☐	Certificación de Buena Pro (*Good Standing*) Original del Departamento de Estado
☐	Carta de Endoso del Municipio	☐	Certificación Requisitos de Programa
☐	Último Estado Financiero	☐	Certificación de Entrega de Documentos Requeridos
☐	Certificación del HMIS	☐	DUNS Number

CERTIFICACION DE LA PROPUESTA

Certifico que la información contenida en este plan de trabajo es correcta.

Director Ejecutivo Entidad	Fecha

CERTIFICACIÓN

ENDOSO DEL GOBIERNO MUNICIPAL

PARA ORGANIZACIONES SIN FINES DE LUCRO-NO GUBERNAMENTALES QUE SOLICITAN FONDOS DEL PROGRAMA DE HPRP

Yo, _____
Nombre y Puesto

en representación del Municipio de _____
Pueblo

endoso el proyecto de servicios bajo el Programa HPRP propuesto por la Organización,

_____
Nombre de la Organización

_____ _____
Nombre en Letra de Molde Puesto

_____ _____
Firma Fecha

CERTIFICACIÓN

REQUISITOS DE PROGRAMA

Yo,_____ autorizado en representación de

(Nombre y título)

_____, una Organización Sin Fines de Lucro-No Gubernamental

(Nombre de la Organización)

certifico que de ser elegido para recibir fondos del Homelessness Prevention and Rapid Re-Housing Program (HPRP), administrados por el Departamento de la Familia, llevaré a cabo las actividades para la cual los fondos fueron asignados, cumpliré con los términos y las condiciones del programa acordados con el Departamento de la Familia, y contenidos en el documento de **Notificación de Fondos, Procedimientos y Requisitos (Docket No. FR-5307-N-01)** del HPRP, incluyendo, pero no limitado a los siguientes requisitos :

1. Los requisitos referentes a las actividades elegibles para la utilización de los fondos del programa.
2. Los requisitos referentes a las limitaciones en las actividades que rigen a las Organizaciones Sin Fines de Lucro-No Gubernamentales.
3. Los requisitos referentes al manejo confidencial de los expedientes y la información contenida en los mismos.
4. Los requisitos referentes a otras disposiciones federales, tales como: No discriminación e igualdad de oportunidades, Conflicto de intereses, Preservación Histórica y Ambiental, Política de Vivienda Justa, Derechos Civiles, Estándares de Habitabilidad, Evaluación y Reducción Presencia Pintura de Plomo, Requisitos Uniformes de Administración, Prohibición de Actividades de Cabildeo, Centro de Trabajo Libres de Drogas, entre otras.
5. Los estándares de HUD sobre la participación en un *Homeless Management Information System (HMIS)* local, y en la recolección y reporte de esta información a nivel cliente,
6. Los requisitos relacionados al cumplimiento con las Circulares de la Oficina de Presupuesto Y Gerencia Federal (*OMB- 24 CFR parte 85)*.

Firma _____ Fecha _____

ENTREGA DE DOCUMENTOS REQUERIDOS

Yo _____ en representación

(**Nombre de la persona autorizada a entregar la Solicitud de Fondos)**

de _____ certifico que la información provista en

(Nombre de la Organización)

esta solicitud y en los demás documentos que acompañan la misma es correcta y confiable. Además, de ser beneficiada con fondos del Programa HPRP, acepto y acuerdo que entregaré todos los documentos requeridos para la firma del contrato en o antes de la fecha establecida, y nos comprometemos a cumplir las instrucciones y procedimientos que establezca el Departamento de la Familia y el Departamento de Vivienda Federal (HUD).

Aceptado y Acordado por:

Nombre Director/a o Administrador/a del Programa	Firma
Nombre del (la) Director (a) Ejecutivo (a) de la Organización	Firma

Fecha