



Las solicitudes pueden depositarse en el buzón situado junto a la puerta principal de Foundry Village o por correo a esa dirección  
Fundación Mid Rogue - Foundry Village  
1020 SW Foundry St, Grants Pass, OR, 97526

## Solicitud para Foundry Village

La Fundación Mid Rogue opera Foundry Village como un programa de alojamiento transitorio de 24 meses. En la Aldea hay 17 casitas y un espacio común para disfrute de todos los que residen en ella. Todos los participantes en Foundry Village:

- Tienen citas semanales con el Navegador Móvil, que te ayuda a apoyarte, a ponerte metas y a trabajar para pasar a otras opciones de vivienda.
- Participan en reuniones semanales de la casa en las que trabajan juntos en el espacio vital compartido.
- Reciben entrenamiento sobre cómo cuidar su espacio mediante inspecciones semanales de la vivienda y trabajando con su Navegador Móvil.
- Realiza las tareas semanales que te asigne el Navegador Móvil.
- Paga una Cuota del Programa que varía entre \$200 y \$220 y una Cuota de Ahorro que varía entre \$0 y \$45, dependiendo de la duración de la estancia en Foundry Village, y una Cuota de Utilidad de \$50, cada una de ellas pagas antes del día 10 de cada mes.

### Programa de tarifas para Foundry Village

Cuotas mensuales	Cuota del programa	Utilidades	Ahorro	Tasa total
De 1 a 6 meses	\$200	\$50	0	\$250
De 7 a 12 meses	\$200	\$50	\$10	\$260
De 13 a 18 meses	\$200	\$50	\$25	\$275
De 19 a 24 meses	\$210	\$50	\$40	\$300
De 25 a 30 meses	\$210	\$50	\$50	\$310
De 31 a 36 meses	\$220	\$50	\$50	\$320

Las columnas sombreadas en gris son las tasas durante el periodo de extencion de la estancia, si se permite.

Las extensiones se conceden en determinadas circunstancias y se determinan caso por caso hasta un máximo de 12 meses.

Si te seleccionan para moverte a la Aldea, te pedirán que entregues los siguientes documentos:

- Copia de tu ID o permiso de conducir
- Copia de tu tarjeta de Seguro Social
- Recibos de sueldo u otra prueba de ingresos
- Lista de medicamentos (si aplica)
- Prueba de aseguranza de carro y de la matrícula del carro (si aplica)



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

ALIAS: \_\_\_\_\_

Dirección física: \_\_\_\_\_

Dirección postal: \_\_\_\_\_

*(si es distinto del anterior)*

Número de teléfono: \_\_\_\_\_ Numero de Mensajes: \_\_\_\_\_

Correo electrónico: \_\_\_\_\_

Número de Seguro Social: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_

Veterano de las Fuerzas Armadas de EE.UU.    SÍ    NO    (Circula uno)

En general, ¿dónde te alojaste anoche?

Por ejemplo, calles, campamentos, caravanas, coches, refugios, casas de amigos o familiares, moteles, centros de reinserción social, centros de tratamiento, hospitales, cárceles, alquileres, etc.

¿Cuánto tiempo llevas en tu casa actual?

- Un día o menos
- De dos días a una semana
- Más de una semana, menos de un mes
- De uno a tres meses
- Más de tres meses - menos de un año
- Un año o más

¿Cuánto tiempo llevas en el condado de Josephine?

Indica el número de Meses o Años \_\_\_\_\_

## Demografía

1. ¿Cómo te identificas?
  - Hombre
  - Mujer
  - Prefiero autodescribirme: \_\_\_\_\_
  - Prefiero no decir
  
2. ¿Te identificas como hispano, latino o de origen español?
  - Sí
  - No
  
3. ¿Te identificas como ....? (*Marca todo lo que corresponda*)
  - Indio americano o nativo de Alaska
  - Asiático o asiático-americano
  - Negro o afroamericano
  - Caucásico/Blanco
  - Nativo de Hawai u otras islas del Pacífico
  - Otros (especifica): \_\_\_\_\_
  
4. ¿Cuál es tu tipo de hogar?
  - Individual
  - Pareja sin hijos
  
5. ¿Estás cubierto por un Seguro de salud?
  - Sí
  - Nombre del médico: \_\_\_\_\_
  - Número de identificación del seguro: \_\_\_\_\_
  
  - No
  - No lo sé
  - Prefiero no decir
  
6. ¿Tienes una enfermedad discapacitante o crónica?
  - Sí
  - No
  - No lo sé
  
7. ¿Se te aplica alguna de estas condiciones ....? (*Marca todas las que procedan*)
  - Huir de la violencia doméstica                       Consumo actual de alcohol
  - Enfermedad mental                                       Consumo actual de drogas
  - VIH/SIDA     Físicamente Discapacitado
  - Otros (especifica): \_\_\_\_\_

¿Has sido condenado alguna vez por un delito penal o tienes algún cargo penal pendiente contra ti?

\*Sólo se refiere a delitos graves y leves; no es necesario que incluyas las infracciones de tráfico no penales ni las infracciones de ordenanzas municipales. Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ En caso de que, ¿qué cargos?

---

¿Tienes un agente de libertad condicional? \_\_\_\_\_ Número de teléfono \_\_\_\_\_

¿Tienes alguna de las siguientes enfermedades? (Circula todo lo que corresponda)

Orden de alejamiento activa **S** o **N**

Orden de detención activa **S** o **N**

¿Estás registrado como Delincuente Sexual? **S** o **N**

Si eres un delincuente sexual registrado, ¿a qué nivel? \_\_\_\_\_

---

¿Cuáles son los ingresos mensuales de tu hogar *de todas las fuentes?*

(Marca todas las que procedan)

Cantidad mensual de los Ingresos del Trabajo: \_\_\_\_\_

Cantidad mensual del Seguro Social: \_\_\_\_\_

Cantidad mensual de la pensión/jubilación: \_\_\_\_\_

Otros (especifica e cantidad): \_\_\_\_\_

**Ingresos mensuales totales familiar:** \$ \_\_\_\_\_

¿Hablas otro idioma que no sea el inglés?

Sí, ¿Qué lenguaje? \_\_\_\_\_

No

Si te aceptan en el Programa Foundry Village, ¿qué objetivos esperas alcanzar en el próximo año?

---

---

---

---

**LEE LO SIGUIENTE Y FIRMA DEBAJO**

**Al firmar este documento, declaro que la información anterior es verdadera. Entiendo que si recibo servicios a los que no tengo derecho, por haber dado intencionadamente información falsa, puedo ser multado. Acepto que se comprueben mis antecedentes. Entiendo que rellenar una solicitud no garantiza ser aceptado en Foundry Village.**

---

**Nombre del cliente en letra de imprenta**  
**Fecha**

**Firma del cliente**

---

**Nombre del cliente en letra de imprenta**  
**Fecha**

**Firma del cliente**