Stan of Illinois
Departament Usług Społecznych

KWESTIONARIUSZ WYBORU OPCJI MIESZKANIA W RAMACH PROGRAMU HOUSING NAVIGATOR I INSTRUKCJE

DANE OSOBOWE

Proszę przejrzeć i potwierdzić informacje zawarte w formularzu skierowania do programu zapewniającego pomoc mieszkaniową Housing Navigator.

Imię wnioskodawcy	Drugie imię wnioskodawcy	Nazwisko wnioskodawcy

Data urodzenia	Numer ubezpieczenia społecznego – ostatnie 4 cyfry	Numer RIN - 9 cyfr	Numer identyfikacyjny Birdseye

Rodzaj niepełnosprawności: ☐ Rozwojowa ☐ Intelektualna ☐ Zdrowie psychiczne ☐ Fizyczna ☐ Rodzaj niepełnosprawności: ☐ Osoba słabowidząca lub niewidoma: ☐ Inna: _____

Tożsamość płciowa: ☐ Mężczyzna ☐ Kobieta ☐ Inna ☐ Nieujawniona

Ustawa Housing and Economic Recovery Act (ustawa o odbudowie sektora mieszkaniowego i gospodarki) (H.R.3221) uchwalona w 2008 r. zawiera przepis nakładający na stanowe agencje finansowania mieszkalnictwa obowiązek gromadzenia danych na temat mieszkańców nieruchomości objętych ulgą podatkową na mieszkania dla gospodarstw domowych o niskich dochodach (Low-Income Housing Tax Credit, LIHTC).

Na tej podstawie proszę uzupełnić poniższe informacje: **LUB** ☐ Rozumiem/Rozumiemy, że podanie informacji dotyczących rasy i pochodzenia etnicznego jest opcjonalne, dlatego odmawiam/odmawiamy ich ujawnienia.

Rasa/ Pochodzenie etniczne: ☐ Indianin amerykański lub rdzenny mieszkaniec Alaski ☐ Osoba pochodzenia azjatyckiego ☐ Osoba czarnoskóra lub Afroamerykanin ☐ Osoba pochodzenia latynoskiego ☐ Osoba pochodząca z Bliskiego Wschodu lub Afryki Północnej ☐ Rdzenny Hawajczyk lub mieszkaniec ☐ Osoba biała ☐ Nieujawnione

Aktualny adres (ulica, miasto, kod pocztowy)	Powiat

Główny numer telefonu _____ Dodatkowy numer telefonu _____

KWESTIONARIUSZ WYBORU OPCJI MIESZKANIA W RAMACH PROGRAMU HOUSING NAVIGATOR I INSTRUKCJE

OPIEKA

Czy wnioskodawca ma opiekuna? ☐ Tak ☐ Nie Rodzaj opieki _____

Czy skontaktowano się z opiekunem w sprawie skierowania do programu zapewniającego pomoc mieszkaniową Housing Navigation? ☐ Tak ☐ Nie

Imię i nazwisko opiekuna _____ Powiązanie _____

Adres opiekuna _____ Adres e-mail _____

Numer telefonu opiekuna _____ Najlepszy czas na kontakt _____

USŁUGI/WARUNKI MIESZKANIOWE

Harmonogram przeprowadzki ☐ Aktywnie poszukuje ☐ W ciągu 6 miesięcy ☐ W ciągu 1 roku

Preferowane warunki mieszkaniowe ☐ Mieszkanie samodzielnie ☐ Mieszkanie z rodziną ☐ Pomoc domowa mieszkająca z podopiecznym ☐ Mieszkanie ze współlokatorem
☐ Wskazano współlokatora ☐ Tak ☐ Nie Imię i nazwisko współlokatora: _____

Czy wskazano osobę świadczącą indywidualne usługi opiekuńcze (Personal Service Worker, PSW)? ☐ Tak ☐ Nie

Imię i nazwisko dostawcy usług lub PSW _____ Telefon _____

Typ usługi (*Zaznacz wszystkie, które mają zastosowanie*) ☐ HBS ☐ ICILA ☐ Całodobowy CILA ☐ CDS ☐ DRS

Czy wskazano dostawcę usług? ☐ Tak ☐ Nie Jeśli tak, imię i nazwisko dostawcy _____

Imię i nazwisko osoby kontaktowej _____ Telefon _____

Imię i nazwisko współlokatora _____

Czy współlokator ma dostawcę usług? ☐ Tak ☐ Nie

Imię i nazwisko dostawcy usług współlokatora _____ Telefon _____

STATUS UCZNIA/STUDENTA

Czy wnioskodawca jest obecnie uczniem/studentem? ☐ Tak ☐ Nie Jeśli tak, ile GODZIN zaliczeniowych realizuje w semestrze? _____

KWESTIONARIUSZ WYBORU OPCJI MIESZKANIA W RAMACH PROGRAMU HOUSING NAVIGATOR I INSTRUKCJE

POTENCJALNE BARIERY

Eksmisje w przeszłości? ☐ Tak ☐ Nie Jeśli tak, data(-y) eksmisji _____

Powód eksmisji _____

Czy wnioskodawca zalega z opłatami za media? ☐ Tak ☐ Nie

Czy wnioskodawca jest zobowiązany do zwrotu środków do Social Security (Ubezpieczenie Społeczne)? ☐ Tak ☐ Nie

Prowadzone aktualnie sprawy sądowe (*nie uwzględniaj drobnych wykroczeń drogowych i innych mandatów.)* ☐ Tak ☐ Nie

Rodzaj/opis sprawy sądowej	**Przybliżona data**	**Aktualny status**

Skazany(-a) za posiadanie metamfetaminy na terenie objętym wsparciem federalnym? ☐ Tak ☐ Nie

Dożywotnio wpisany(-a) do rejestru przestępców seksualnych? ☐ Tak ☐ Nie

W przypadku przestępstw seksualnych należy sprawdzić stronę internetową Rejestru przestępców seksualnych policji stanowej Illinois pod adresem https://isp.illinois.gov/Sor/Disclaimer i krajową publiczną stronę internetową Departamentu Sprawiedliwości poświęconą przestępcom seksualnym pod adresem https://nsopw.gov/search-public-sex-offender-registries

Jeżeli osoba obecnie ma nadzór kuratorski lub jest na zwolnieniu warunkowym, proszę podać dane kontaktowe kuratora sądowego lub funkcjonariusza sądowego:

Telefon _____

Imię i nazwisko _____ Tytuł _____

KWESTIONARIUSZ WYBORU OPCJI MIESZKANIA W RAMACH PROGRAMU HOUSING NAVIGATOR I INSTRUKCJE

INFORMACJE O DOCHODACH

*Wypełnić osobno dla każdej osoby w gospodarstwie domowym objętej tą samą umową najmu, NIE wliczając opiekuna mieszkającego na miejscu.

Członek gospodarstwa domowego	Rodzaj dochodu	Kwota dochodu	Częstotliwość płatności	Nazwisko/Nazwa i dane kontaktowe pracodawcy (jeśli dotyczy)

Całkowity średni miesięczny dochód gospodarstwa domowego _____ % AMI w oparciu o powiat _____ %

Ocena zdolności kredytowej (jeśli dostępna) Link do bezpłatnego raportu kredytowego: AnnualCreditReport.com _____

Opóźnienia w płatnościach ☐ Tak ☐ Nie Zastawy ☐ Tak ☐ Nie Windykacje ☐ Tak ☐ Nie

Czy wnioskodawca ma pełnomocnika ds. świadczeń? ☐ Tak ☐ Nie Czy po przeprowadzce wnioskodawca będzie miał pełnomocnika ds. świadczeń? ☐ Tak ☐ Nie

Imię i nazwisko odbiorcy płatności _____ Imię i nazwisko osoby kontaktowej _____ Telefon _____

POTRZEBY MIESZKANIOWE

Czy wnioskodawca ubiegał się o pomoc na pokrycie kosztów czynszu (Housing Choice Voucher)? ☐ Tak ☐ Nie

Czy wnioskodawca otrzymuje pomoc na pokrycie kosztów czynszu (Housing Choice Voucher)? ☐ Tak ☐ Nie

Jeśli tak, od jakiej instytucji zajmującej się kwestiami mieszkaniowymi? _____

Żądana wielkość lokalu ☐ 1 sypialnia ☐ 2 sypialnie ☐ 3 sypialnie ☐ 4 sypialnie

Wymagania dotyczące polityki w zakresie palenia ☐ Brak preferencji ☐ Zakaz palenia w lokalu ☐ Dozwolone w lokalu

Czy wnioskodawca przewiduje zmiany w liczbie osób w gospodarstwie domowym? Jeśli tak, proszę podać szczegóły:

KWESTIONARIUSZ WYBORU OPCJI MIESZKANIA W RAMACH PROGRAMU HOUSING NAVIGATOR I INSTRUKCJE

Czy wnioskodawca potrzebuje lokalu, w którym można trzymać zwierzęta? ☐ Tak ☐ Nie Liczba kotów: _____ Liczba psów: _____

Dotyczy tylko psów. Proszę odpowiedzieć na pytania dotyczące rasy i wagi.

Rasa _____ Waga (funty) _____

Rasa _____ Waga (funty) _____

Rasa _____ Waga (funty) _____

Czy w Pana(-i) gospodarstwie domowym są lub planowane są zwierzęta domowe inne niż te, które służą jako zwierzęta asystujące lub zapewniające wsparcie emocjonalne? ☐ Tak ☐ Nie

Aktualna książeczka szczepień zwierząt domowych ☐ Tak ☐ Nie Zaświadczenie o statusie zwierzęcia zapewniającego wsparcie emocjonalne (ESA) (jeśli dotyczy) ☐ Tak ☐ Nie

Preferowany typ mieszkania:
Proszę zaznaczyć wszystkie, które mają zastosowanie.

- ☐ Mieszkanie wynajmowane na rynku prywatnym
- ☐ Mieszkanie z usługami wsparcia (własne mieszkanie z usługami na miejscu, mieszane typy najemców)
- ☐ Mieszkania dla seniorów i osób z niepełnosprawnościami
- ☐ Mieszkalnictwo publiczne

Preferowane cechy mieszkania:
Proszę zaznaczyć wszystkie, które mają zastosowanie.

- ☐ Aktywności społeczne
- ☐ Najemcy preferują prywatność i spokój
- ☐ Usługi wsparcia na miejscu
- ☐ Blisko transportu publicznego
- ☐ Blisko miejsca kultu
- ☐ Blisko ośrodka oferującego program dzienny
- ☐ Blisko przyjaciół/rodziny
- ☐ Blisko miejsc rekreacji
- ☐ Blisko sklepu spożywczego
- ☐ Blisko apteki
- ☐ Blisko weterynarza
- ☐ Parking na miejscu
- ☐ Zarządca budynku/nieruchomości na miejscu
- ☐ Blisko pracy

Preferowane typy budynków:
Proszę zaznaczyć wszystkie, które mają zastosowanie.

- ☐ Dom szeregowy
- ☐ Bliźniak
- ☐ Dom jednorodzinny
- ☐ Wielorodzinne budynki mieszkalne
- ☐ Dom jednorodzinny
- ☐ Dom mobilny

RODZAJ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI I POTRZEBY W ZAKRESIE DOSTĘPNOŚCI

Czy wnioskodawca korzysta z pomocy wspomagających lub zastępujących mowę w celu porozumiewania się? ☐ Tak ☐ Nie

Jeśli tak, proszę podać szczegóły: _____

Czy wnioskodawca korzysta z technologii wspomagających? ☐ Tak ☐ Nie

Jeśli tak, proszę podać szczegóły: _____

Czy wnioskodawca potrafi czytać w języku angielskim? ☐ Tak ☐ Nie Czy wnioskodawca potrafi pisać po angielsku? ☐ Tak ☐ Nie

KWESTIONARIUSZ WYBORU OPCJI MIESZKANIA W RAMACH PROGRAMU HOUSING NAVIGATOR I INSTRUKCJE

Potrzeby w zakresie dostępności

Potrzebuje mieszkania dostosowanego do potrzeb osób z niepełnosprawnościami fizycznymi	☐ Tak ☐ Nie
Niepełnosprawność ruchowa	☐ Wnioskodawca jest w pełni niepełnosprawny ruchowo (tj. stale korzysta z wózka inwalidzkiego) ☐ Wnioskodawca jest częściowo niepełnosprawny ruchowo
Potrzebuje funkcji ułatwiających dostęp dla osób z wadami słuchu	☐ Tak ☐ Nie
Potrzebuje funkcji ułatwiających dostęp dla osób z wadami wzroku	☐ Tak ☐ Nie
Potrzebuje asystenta osobistego mieszkającego na miejscu	☐ Tak ☐ Nie
Potrzebuje dodatkowej sypialni na sprzęt medyczny	☐ Tak ☐ Nie

Szczególne potrzeby w zakresie dostępności

- ☐ Wejście bezstopniowe, z podjazdem lub płaskie;
- ☐ Drzwi o minimalnej szerokości przejścia wynoszącej 32 cale, z odpowiednią przestrzenią manewrową uwzględniającą promień otwierania drzwi;
- ☐ Klamki i krany typu dźwigniowego;
- ☐ Obniżone blaty i umywalki z co najmniej 27 calami przestrzeni na wysokości kolan, aby zapewnić dostępność w kuchni i łazience;
- ☐ Mikrofalówka na wysokości blatu;
- ☐ Uchwyty lub wzmocnienia do uchwytów przy toalecie;
- ☐ Prysznic dostępny dla osób z niepełnosprawnościami;
- ☐ Podłoga dostępna dla urządzeń na kółkach;
- ☐ Wymagana kabina prysznicowa dla osób na wózkach inwalidzkich;
- ☐ Pralki z panelem sterowania umieszczonym z przodu i łatwy dostęp
- ☐ Łatwo dostępne windy;
- ☐ Aby zapewnić dostępność, progi przy drzwiach i w przejściach nie powinny przekraczać ½ cala wysokości;
- ☐ Łatwo dostępne przełączniki światła (wysokość i wymagana czynność włączenia/wyłączenia);
- ☐ Pokrętła/przyciski na kuchence/płycie grzewczej znajdują się z przodu urządzenia;
- ☐ W łazienkach przestrzeń w kształcie litery „T” (pozwalająca na cofanie i skręcanie, zamiast pełnego obrotu) lub okrągła przestrzeń o średnicy 60 cali, umożliwiająca pełny obrót wózka inwalidzkiego;
- ☐ Toaleta na odpowiedniej wysokości dla osób z niepełnosprawnościami;
- ☐ Kabina prysznicowa bez brodzika;
- ☐ Na trasie komunikacji dla osób z niepełnosprawnościami;
- ☐ Wymaga gniazdek 3-bolcowych o natężeniu 220 A do sprzętu medycznego;

- Link do sprzętu adaptacyjnego, technologii wspomagających, procesu modyfikacji domu i pojazdu IDHS: https://www.dhs.state.il.us/page.aspx?item=121677
- Wykaz prywatnych i państwowych zasobów w zakresie modyfikacji domów: https://www.dhs.state.il.us/page.aspx?item=32042

KWESTIONARIUSZ WYBORU OPCJI MIESZKANIA W RAMACH PROGRAMU HOUSING NAVIGATOR I INSTRUKCJE

OCENA UMIEJĘTNOŚCI WNIOSKODAWCY

Czynności dnia codzienneo	Poziom umiejętności	Co trzeba zrobić	Częstotliwość pomocy
Gotowanie i przygotowywanie posiłków			
Lekkie prace domowe			
Pranie			
Zakupy			
Transport			
Zarządzanie pieniędzmi			
Zarządzanie lekami			
Rutynowa opieka zdrowotna			
Specjalistyczna opieka zdrowotna			
Rekreacja			
Socjalizacja			
Reagowanie w sytuacjach awaryjnych/zagrożenia zdrowia			

KWESTIONARIUSZ WYBORU OPCJI MIESZKANIA W RAMACH PROGRAMU HOUSING NAVIGATOR I INSTRUKCJE

PODSUMOWANIE WYSIŁKÓW ZWIĄZANYCH Z SZUKANIEM MIESZKANIA I LISTA KONTROLNA PRZYGOTOWANIA UMOWY NAJMU

Wielkość gospodarstwa domowego (liczba osób w domu) _____ % Średni dochód w danym obszarze _____

Całkowity dochód gospodarstwa domowego _____ Wielkość lokalu (liczba sypialni) _____

Kwalifikuje się do SRN	☐ Tak	☐ Nie	Zapisany(-a) do SRN	☐ Tak	☐ Nie	PSW rodzinny	☐ Tak	☐ Nie
Kwalifikuje się do HUD 811	☐ Tak	☐ Nie	Zapisany(-a) do programu HUD 811	☐ Tak	☐ Nie	Pomoc domowa mieszkająca z podopiecznym	☐ Tak	☐ Nie
Rynek prywatny	☐ Tak	☐ Nie	Inne przystępne cenowo (powyżej 30% AMI)	☐ Tak	☐ Nie			

Mieszkanie dostosowane do potrzeb osób z niepełnosprawnościami fizycznymi ☐ Tak ☐ Nie Status ucznia/studenta jako osoby niedosłyszącej (hard of hearing, HoH)

Czynniki uniemożliwiające znalezienie mieszkania ☐ Karne/prawne ☐ Kredyt ☐ Eksmisja ☐ Zalega z opłatami za media

Oś czasu

Wskazano dostawcę usług? ☐ Tak ☐ Nie Wymagany poziom usług ☐ HBS ☐ PSW ☐ Całodobowo ☐ ICILA ☐ CDS

Główne preferowane społeczności (jeśli znane): _____

Dokumentacj

Pismo o przyznaniu świadczenia z ubezpieczenia społecznego (kopia pisma wydanego w ciągu ostatnich 90 dni)	☐ Tak	☐ Nie	Akt urodzenia (kopia)	☐ Tak	☐ Nie
Karta ubezpieczenia społecznego (kopia)	☐ Tak	☐ Nie	Wyciągi bankowe z ostatnich 6 miesięcy	☐ Tak	☐ Nie
Dokument tożsamości wydany przez organ rządowy (kopia)	☐ Tak	☐ Nie	Dokumenty o sprawowaniu opieki (opcjonalnie)	☐ Tak	☐ Nie
Formularz udostępnienia informacji	☐ Tak	☐ Nie	Umowa o uczestnictwie w programie	☐ Tak	☐ Nie
Zwierzęta domowe (patrz strona 5)	☐ Tak	☐ Nie	Aktualna książeczka szczepień zwierząt domowych	☐ Tak	☐ Nie
Zaświadczenie od licencjonowanego lekarza o statusie zwierzęcia zapewniającego wsparcie emocjonalne (ESA)	☐ Tak	☐ Nie			

Inne nierozwiązane kwestie związane z zarządzaniem przypadkiem, które mogą mieć wpływ na szukanie/wynajem mieszkania:

KWESTIONARIUSZ WYBORU OPCJI MIESZKANIA W RAMACH PROGRAMU HOUSING NAVIGATOR I INSTRUKCJE

PREFEROWANE MIASTO WEDŁUG POWIATU - REGIONU

Miasto lub powiat	Preferowane społeczności

***Można wybrać maksymalnie 5 powiatów. Program Housing Navigator może dołączyć Arkusz roboczy społeczności powiatu.**

ŚLEDZENIE PROCESU REKRUTACJI WNIOSKODAWCY I ZGODA

Proszę wstawić swoje inicjały obok każdego stwierdzenia, z którym się Pan(i) zgadza.

_____ Rozumiem, że w związku z tym wnioskiem mogę zostać również zapisany(-a) do Illinois Statewide Referral Network (SRN) (ogólnostanowa sieć skierowań do pomocy w stanie Illinois) oraz na listę oczekujących HUD 811 na przystępne cenowo mieszkania.

_____ Rozumiem, że jeśli nastąpią jakiekolwiek zmiany w dochodach (wzrost lub spadek dochodów) lub liczbie osób w gospodarstwie domowym, powinienem/powinnam to zgłosić do programu Housing Navigator (HN).

_____ Rozumiem, że pożądana/preferowana przeze mnie opcja mieszkaniowa może nie być od razu dostępna i że może zostać mi zaproponowana podobna alternatywa.

_____ Rozumiem, że uczestnictwo w usługach w ramach mojego programu zwolnień (waiver) jest ważne, aby pomóc mi zachować mieszkanie.

Data skierowania do programu zapewniającego pomoc mieszkaniową Housing Navigation		Data zapewnienia mieszkania	
Date Housing Assessment completed		Imię i nazwisko kierownika programu	
Imię i nazwisko niezależnego koordynatora usług (ISC)		Region	

Kto wziął udział w ankiecie dotyczącej wyboru mieszkania?			
Imię i nazwisko		Powiązanie	
Imię i nazwisko		Powiązanie	
Imię i nazwisko		Powiązanie	

Pilotażowy projekt Housing Navigator jest inwestycją Rady ds. Osób z Niepełnosprawnościami Rozwojowymi stanu Illinois we współpracy z Departamentem Usług Społecznych - Wydziałem ds. Osób z Niepełnosprawnościami Rozwojowymi. Produkt ten otrzymał częściowe wsparcie finansowe z grantu nr CFDA 93.630 od amerykańskiej Administracji ds. Życia Społecznego, Departamentu Zdrowia i Usług Społecznych, Waszyngton, DC 20201. Zachęcamy beneficjentów grantu realizujących projekty wspierane ze środków rządowych do swobodnego przekazywania swoich uwag i wniosków. Przedstawione poglądy i opinie nie muszą zatem odzwierciedlać oficjalnej polityki ACL.

Uwagi:

INSTRUKCJA WYPEŁNIENIA KWESTIONARIUSZA WYBORU MIESZKANIA

Kwestionariusz wyboru mieszkania ma dwa główne cele:

1. Identyfikuje czynniki ***zawężające*** opcje mieszkaniowe.
   - Wielkość mieszkania/liczba osób w gospodarstwie domowym (warunki mieszkaniowe).
   - Lokalizacja (wybór tylko jednej społeczności).
   - Dochód (dochód indywidualny i gospodarstwa domowego).
   - Funkcje ułatwiające dostęp (te, których nie można wprowadzić w ramach racjonalnych udogodnień).
2. Identyfikuje czynniki ***rozszerzające*** opcje mieszkaniowe.
   - Własność budynku (publiczny, prywatny).
   - Lokalizacja (otwarta dla wielu społeczności).
   - Cechy ułatwiające dostęp (bycie uprawnionym do ubiegania się o lokale o łatwej dostępności).
   - Wielkość gospodarstwa domowego (jeśli ma wpływ na dochód gospodarstwa domowego).

INSTRUKCJE:

Po otrzymaniu kwalifikującego się formularza skierowania do programu zapewniającego pomoc mieszkaniową Housing Navigation, doradca programu spotka się z wnioskodawcą, aby omówić formularz i uzyskać więcej informacji poprzez wypełnienie kwestionariusza wyboru mieszkania. Kwestionariusz wypełniany jest na podstawie informacji uzyskanych od niezależnego koordynatora usług (Independent Service Coordinator, ISC) oraz rodziny/opiekuna (jeśli dotyczy). Pierwsze dwie strony kwestionariusza są powielone w formularzu skierowania, doradca może przejrzeć formularz i, jeśli nie zostaną wprowadzone żadne zmiany, dołączyć formularz skierowania na górze kwestionariusza. Kwestionariusz jest dokumentem w formie pliku .docx, który można wypełnić, zawierającym pole tekstowe, pole wyboru lub opcje menu rozwijanego. Kwestionariusz podzielony jest na 12 głównych kategorii:

1. **Dane osobowe** - Informacje identyfikujące wnioskodawcę na potrzeby wniosku o mieszkanie.
2. **Opieka** - Dane kontaktowe opiekuna wnioskodawcy, jeśli dotyczy.
3. **Usługi/Warunki mieszkaniowe** - Harmonogram zakwaterowania wnioskodawcy, dostępne opcje usług i preferencje co do współlokatora.
4. **Status ucznia/studenta** - Aktualny status edukacyjny wnioskodawcy.
5. **Potencjalne bariery** - Historia eksmisji, sprawy sądowe i przeszłość kryminalna.
6. **Informacje o dochodach** - Dotyczą wszystkich osób w gospodarstwie domowym, które ukończyły 18 lat i są objęte tą samą umową najmu.
7. **Potrzeby mieszkaniowe** - Określa preferowany typ mieszkania, jego funkcje oraz status pomocy w pokryciu kosztów czynszu.
8. **Rodzaj niepełnosprawności i potrzeby w zakresie dostępności** - Informuje program Housing Navigator, w celu umożliwienia planowania, o potrzebach mieszkaniowych potencjalnego kandydata związanych z procesem poszukiwania mieszkania.
9. **Ocena umiejętności wnioskodawcy** - Zapewnia przegląd umiejętności wnioskodawcy w zakresie samodzielnego życia i identyfikuje potencjalne potrzeby w zakresie rozwoju umiejętności/wsparcia.

HOUSING CHOICE QUESTIONNAIRE INSTRUCTIONS

10. **Podsumowanie wysiłków związanych z szukaniem mieszkania i lista kontrolna przygotowania umowy najmu** - Używane w procesie szukania mieszkania i do weryfikacji, czy otrzymano całą dokumentację.
11. **Preferowane miasto według powiatu - regionu** - Zawiera powiaty i miasta, w których wnioskodawca woli mieszkać.
12. **Śledzenie procesu rekrutacji wnioskodawcy i zgoda** - Lista kontrolna dotycząca umowy z wnioskodawcą, zawiera daty procesu szukania mieszkania, region ISC i kierownika programu.

Część 1 - Dane osobowe

- **Imię i nazwisko wnioskodawcy** - Podać imię, drugie imię i nazwisko.
- **Data urodzenia** - Przykład: 01.01.1998 r.
- **Numer ubezpieczenia społecznego** - Musi zawierać 9 cyfr. Informacje te można znaleźć w części *Dane osobowe* w *Birdseye.*
- **Numer RIN** - Musi zawierać 9 cyfr. Informacje te można znaleźć w części *Dane osobowe* w *Birdseye*, w pozycji *Medyczny numer RIN.*
- **Nr identyfikacyjny w Birdseye** - *Numer identyfikacyjny wnioskodawcy.* Informacje te można znaleźć w części *Dane osobowe* w *Birdseye.*

Informacje demograficzne

Dane zawarte w tej części pozwalają Wydziałowi ds. Osób z Niepełnosprawnościami Rozwojowymi lepiej zrozumieć, komu świadczone są usługi, gdzie mogą występować luki w usługach i jakie wyniki są osiągane w przypadku poszczególnych populacji.

- **Rodzaj niepełnosprawności** - Proszę zaznaczyć **wszystkie** odpowiednie pola.
- **Tożsamość płciowa** - Proszę zaznaczyć odpowiednie pole w zależności od płci, z jaką identyfikuje się wnioskodawca.
- **Rasa/pochodzenie etniczne** - Proszę zaznaczyć tylko jedno pole. Informacje te można znaleźć w *Atrybutach identyfikacyjnych* w części *Szczegóły* w *Birdseye.* Ta część jest opcjonalna.
- **Aktualny adres** - Adres wnioskodawcy, zawierający ulicę, miasto, kod pocztowy i powiat.
- **Numery telefonów** - Główny i dodatkowy numer telefonu wnioskodawcy, łącznie z numerem kierunkowym.

Część 2 - Opieka

Zawiera ważne informacje kontaktowe oraz ogólny charakter zaangażowania opiekuna w proces ubiegania się o mieszkanie dla wnioskodawcy.

- **Czy wnioskodawca ma opiekuna** - Jeśli nie, przejdź do części Usługi/Warunki mieszkaniowe.
- **Jeżeli wnioskodawca ma opiekuna** - Proszę podać imię i nazwisko opiekuna, jego adres, adres e-mail i numer telefonu.
- **Powiązanie** - Opcje menu rozwijanego: rodzic, rodzeństwo, inny krewny, przyjaciel, Biuro Kuratora Stanowego (Office of State Guardian, OSG), opiekun.

INSTRUKCJE WYPEŁNIENIA KWESTIONARIUSZA WYBORU MIESZKANIA

- **Najlepszy czas na kontakt** - Opcje menu rozwijanego: 8:00-10:00; 10:00-12:00; 12:00-14:00; 14:00-16:00; po godzinie 16:00.
- **Rodzaj opieki** - Opcje menu rozwijanego: Opiekun osoby, opiekun zarządzający majątkiem, opiekun osoby i zarządzający majątkiem.

Część 3 - Usługi/Warunki mieszkaniowe

- **Harmonogram przeprowadzki** - Ustalany na podstawie wyrażonej przez wnioskodawcę chęci w ramach procesu lepszego poznania wnioskodawcy (Discovery) i/lub Planu Opieki Indywidualnej, albo poprzez samodzielne zgłoszenie.
- **Preferowane warunki mieszkaniowe** - Wskazują, czy wnioskodawca chce mieszkać samodzielnie czy ze współlokatorem.
- **Informacje o osobie świadczącej indywidualne usługi opiekuńcze (PSW)** - Wnioskodawca korzystający z usług wsparcia świadczonych w domu (Home-Based Supports, HBS), dla zapewnienia stabilności mieszkaniowej, przed zabezpieczeniem lokalu powinien mieć wyznaczonego PSW.
- **Rodzaj usługi** - Proszę zaznaczyć wszystkie usługi, które wnioskodawca otrzymuje lub otrzyma po zapewnieniu mieszkania. Dostępne opcje to: wsparcie świadczone w domu (Home-Based Supports, HBS), program umożliwiający życie w małych, nadzorowanych grupach w środowisku lokalnym w stanie Illinois (Illinois Community Integrate Living Arrangement, ICILA), usługi dzienne świadczone poza domem (Community Day Services, CDS) i Wydział Usług Rehabilitacyjnych (Division of Rehabilitation Services, DRS).
- **Informacje o dostawcy usług** - Zawiera dane kontaktowe dostawcy usług wnioskodawcy i współlokatora (jeśli dotyczy) oraz weryfikuje powiązanie usług.

Część 4 - Status ucznia/studenta

Na podstawie tych informacji ustala się opcje mieszkaniowe dostępne dla wnioskodawcy.

Część 5 - Potencjalne bariery

Zidentyfikowanie potencjalnych barier w wyborze mieszkania stanowi istotny element procesu szukania mieszkania. Ta część koncentruje się na informacjach dotyczących wcześniejszych eksmisji, prowadzonych sprawach sądowych i wyrokach skazujących za przestępstwa, a więc na czynnikach, które mogą zawężać opcje mieszkaniowe. Dotyczy to nie tylko historii wnioskodawcy, ale także każdego członka gospodarstwa domowego w wieku 18 lat i starszego, objętego tą samą umową najmu). Może to być wrażliwy obszar do omówienia. Ważne jest, aby doradca programu był świadomy potencjalnych barier, aby móc aktywnie zabiegać o możliwości mieszkaniowe.

Część 6 - Informacje o dochodach

Informacje o dochodach muszą zostać zebrane dla każdej osoby mieszkającej w gospodarstwie domowym i objętej tą samą umową najmu. Nie dotyczy to jednak współlokatora, ponieważ współlokator ma osobną umowę najmu. Wypełniając pola tekstowe należy korzystać z opcji menu rozwijanego. W miarę możliwości należy uzupełnić wszystkie pola. W razie wystąpienia zmian konieczne może być zmodyfikowanie informacji zgromadzonych w programie Housing Navigator.

- **Członek gospodarstwa domowego** - Opcje rozwijanego menu: Wnioskodawca, opiekun, inny członek gospodarstwa domowego.
- **Rodzaj dochodu** - Opcje rozwijanego menu: Dochód z ubezpieczenia społecznego (Social Security Income, SSI), dochód z tytułu niezdolności do pracy z ubezpieczenia społecznego (Social Security Disability Income, SSDI), tymczasowa pomoc dla rodzin w potrzebie (Temporary Assistance for Needy Families, TANF), świadczenia dla weteranów (Veteran Administration, VA), inne dochody.

INSTRUKCJE WYPEŁNIENIA KWESTIONARIUSZA WYBORU MIESZKANIA

- **Częstotliwość płatności** - Opcje rozwijane: Co tydzień, co dwa tygodnie, miesięcznie.
- **Całkowity średni miesięczny dochód gospodarstwa domowego** - Kwotę miesięcznego dochodu należy obliczyć na podstawie informacji o dochodach podanych w tabeli.
- **Określenie 30%** średniego miesięcznego dochodu (Average Monthly Income, AMI) - Proszę odwołać się do aktualnego *harmonogramu wskaźników sprawozdawczych stosowanych przez deweloperów mieszkaniowych* według powiatu, opublikowanego przez Urząd ds. Rozwoju Mieszkalnictwa w stanie Illinois (Illinois Housing Development Authority, IHDA). Link podano w ankiecie w części % AMI w oparciu o powiat. Po wejściu na stronę należy kliknąć „Roczne dochody/limity czynszu", aby zobaczyć aktualny arkusz kalkulacyjny.
- **Pełnomocnik ds. świadczeń** - np. dostawca usług, członek rodziny, opiekun lub przyjaciel rodziny. Nie wszyscy wnioskodawcy będą mieli pełnomocnika ds. świadczeń. W stosownych przypadkach pełnomocnik ds. świadczeń może zostać wyznaczony po przeprowadzce. Imię i nazwisko osoby kontaktowej -- Podać imię i nazwisko osoby kontaktowej, jeśli jest inna niż „Imię i nazwisko odbiorcy płatności".

Część 7 - Potrzeby mieszkaniowe

- **Pomoc na pokrycie kosztów czynszu** - Proszę zapytać wnioskodawcę, czy ubiegał się o voucher mieszkaniowy Housing Choice Voucher od Urzędu ds. Mieszkalnictwa Publicznego (Public Housing Authority, PHA). Jeśli otrzymano voucher mieszkaniowy, od którego PHA?
- **Wielkość lokalu** - Informacja ta powinna realistycznie odzwierciedlać to, do czego wnioskodawca może być uprawniony na podstawie dochodu, liczby osób w gospodarstwie domowym i potrzeb medycznych. W stosownych przypadkach przydatne mogą być informacje od ISC i/lub rodziny/ opiekuna. W większości przypadków, w zależności od dochodów, wnioskodawcy planujący mieszkać samodzielnie najprawdopodobniej będą kwalifikować się do kawalerki (studio) lub mieszkania z jedną sypialnią, jeśli nie mają potrzeby posiadania dodatkowej sypialni na sprzęt medyczny.
- **Wymagania dotyczące polityki w zakresie palenia** - Proszę wskazać preferencje wnioskodawcy dotyczące polityki w zakresie palenia. Uwaga! HUD wymaga, aby wszystkie budynki publiczne były wolne od dymu tytoniowego (z wyjątkiem nieruchomości objętych finansowaniem mieszanym).
- **Liczba osób w gospodarstwie domowym** - Proszę wymienić wszelkie przewidywane zmiany w gospodarstwie domowym.
- **Zwierzęta domowe** - Proszę wskazać, czy wnioskodawca posiada zwierzę domowe i jakiego rodzaju. *Rasa i waga odnoszą się wyłącznie do psów.* Dowód aktualnych szczepień zwierzęcia jest wymogiem zawarcie umowy najmu. Najnowsze *zaświadczenie o statusie zwierzęcia zapewniającego wsparcie emocjonalne* może być wymogiem najmu w przypadku niektórych mieszkań.
- **Preferowany typ mieszkania, Preferowane cechy mieszkania i Preferowane typy budynków** - zaznacz wszystkie opcje, które mają zastosowanie w każdej kategorii. Jeśli to konieczne, należy podać opis, przykłady i/lub zdjęcia.

INSTRUKCJE WYPEŁNIENIA KWESTIONARIUSZA WYBORU MIESZKANIA

Część 8 - Rodzaj niepełnosprawności i potrzeby w zakresie dostępności

- **Potrzeby w zakresie komunikacji** - Określa, czy potrzebne jest wsparcie w zakresie komunikacji w związku z działaniami związanymi z szukaniem mieszkania. Przykładowe mogą to być oprowadzanie po mieszkaniu, podpisywanie umowy najmu i/lub komunikacja z zarządcami nieruchomości lub agentami ds. wynajmu.
- **Potrzeby w zakresie dostępności** - W każdym obszarze proszę wskazać, czy wnioskodawca ma potrzeby związane z dostępnością i jeśli tak, to jakiego rodzaju? Na przykład, należy wskazać, czy wnioskodawca wymaga opiekuna mieszkającego na miejscu, czy potrzebny jest dodatkowy pokój na sprzęt medyczny, taki jak butle tlenowe, monitory, podnośniki itp.
- **Szczególne potrzeby w zakresie dostępności** - Wskazują wymagane szczególne funkcje ułatwień dostępu. W razie potrzeby należy dołączyć opisy, przykłady i zdjęcia. Dodatkowe informacje można znaleźć pod podanymi linkami.

Część 10 - Ocena umiejętności wnioskodawcy

Proszę omówić z wnioskodawcą wymienione obszary. Należy zebrać opinie od powiązanych stron (ISC, rodziny itp.), jeśli to konieczne i/lub stosowne. Uzupełniając wszystkie obszary umiejętności proszę korzystać z opcji rozwijanego menu i pól tekstowych. Narzędzie to pomoże ocenić umiejętności i zdolności wnioskodawcy oraz wskazać, które umiejętności należy rozwijać, aby zwiększyć jego samodzielność.

- **Poziom umiejętności** - Opcje rozwijanego menu: Osoba samodzielna, Ograniczona pomoc, Pewna pomoc, Znaczna pomoc, Osoba całkowicie zależna.
- **Częstotliwość pomocy** - Opcje rozwijanego menu: Codziennie, co tydzień, co dwa tygodnie, co miesiąc, co kwartał, w razie potrzeby.

Część 11 - Podsumowanie wysiłków związanych z szukaniem mieszkania i lista kontrolna przygotowania umowy najmu

To **krótki przewodnik**, który powinien wypełnić doradca programu Housing Navigator. Górna połowa formularza to podsumowanie informacji zebranych w poprzednich częściach kwestionariusza. Można ją wypełnić w późniejszym terminie.

Dolna połowa podsumowania zawiera **listę kontrolną dokumentacji**. Będzie to obejmować dokumentację dołączoną do pierwotnego skierowania, a także wszelkie zaktualizowane informacje otrzymane po przedłożeniu skierowania. **Wymieniona dokumentacja jest wymagana w przypadku większości, jeśli nie wszystkich, wniosków o przyznanie mieszkania.** Proszę sprawdzić, czy cała dokumentacja jest czytelna. **Nie należy** dołączać oryginalnych dokumentów, takich jak akty urodzenia czy dowody osobiste..

INSTRUKCJE WYPEŁNIENIA KWESTIONARIUSZA WYBORU MIESZKANIA

Część 12 - Preferowane miasto według powiatu - regionu

Ta część służy do określenia preferencji dotyczących lokalizacji mieszkania przed rozpoczęciem poszukiwań mieszkania. Ograniczenie opcji mieszkaniowych tylko do jednej społeczności może zawęzić możliwości wyboru mieszkania. Dlatego ważne jest omówienie i uwzględnienie takich opcji, które odpowiadają wnioskodawcy i/lub jego rodzinie/opiekunowi.

Można wybrać maksymalnie 5 powiatów w ramach stanowej sieci skierowań (State Referral Network, SRN). Wnioskodawca może mieć szerszy zakres lokalizacji, w których może szukać mieszkania, ale będzie musiał wybrać 5 najbardziej preferowanych miejsc w ramach SRN. W celu śledzenia tych danych doradca programu może skorzystać z własnego Arkusza Społeczności Powiatu..

Część 13 - Śledzenie procesu rekrutacji wnioskodawcy i zgoda

Śledzenie procesu rekrutacji wnioskodawcy służy jako dokumentacja wspomagająca zbieranie danych. Na dole formularza należy zamieścić notatki podsumowujące wszelkie wątpliwości zgłoszone przez wnioskodawcę, przekazane informacje służące zarządzaniu oczekiwaniami oraz instrukcje udzielone wnioskodawcy w związku z okresem oczekiwania.

Pilotażowy projekt Housing Navigator jest inwestycją Rady ds. Osób z Niepełnosprawnościami Rozwojowymi stanu Illinois we współpracy z Departamentem Usług Społecznych - Wydziałem ds. Osób z Niepełnosprawnościami Rozwojowymi. Produkt ten otrzymał częściowe wsparcie finansowe z grantu nr CFDA 93.630 od amerykańskiej Administracji ds. Życia Społecznego, Departamentu Zdrowia i Usług Społecznych, Waszyngton, DC 20201. Zachęcamy beneficjentów grantu realizujących projekty wspierane ze środków rządowych do swobodnego przekazywania swoich uwag i wniosków. Przedstawione poglądy i opinie nie muszą zatem odzwierciedlać oficjalnej polityki ACL.