SAMARITAN HOUSE

Financial Assistance Program

Samaritan House serves as a centralized resource dedicated to fighting poverty and lifting lives in San Mateo County. We help program participants navigate any crisis, access the support, information, and resources needed to stay housed. We provide a full range of essential services including rental, utility assistance, food assistance, medical assistance, and more.

You have expressed that you are in need of financial assistance such as rent, deposit, utilities, etc. Therefore, please find attached the application for your convenience.

This is not an entitlement program. All applications will be screened diligently in accordance with all federal, state and local regulations. Samaritan House funds are limited and restricted. You must have lived and paid rent in Millbrae, Burlingame, Hillsborough, San Mateo, Foster City, Menlo Park, E. Palo Alto, Belmont, San Carlos for the past 30 days or more, and have proof that you currently live there (i.e. lease, utility bill, or other).

Once you have collected all the items found on the "Applications Check List", please call 650-347-3648 to set up an appointment with a Case Manager.

Please feel free to call and leave a message with any questions or concerns.

4031 Pacific Boulevard • San Mateo, CA 94403
(650)347-3648 • Fax (650)347-6066

1836B Bay Road • East Palo Alto, CA 94303
(650)294-4312 • Fax (650)425-9338

www.samaritanhousesanmateo.org
Food • Shelter • Clothing • Counseling • Healthcare

Please answer all sections completely:

Responda todas las secciones completamente:

Name:_____,_____DOB_____ Gender: ☐ M ☐ F
Fecha de Nacimiento

Nombre: Last Name / Primer Apellido, First Name /Primer Nombre mm dd aa (yy) Sexo: Masculino Femenino

Address_____City_____Zip Code _____
Dirección Ciudad Código Postal

Telephone _____ e-mail: _____
Número de Teléfono Correo electrónico

Marital Status: ☐ Married ☐ Single ☐ Widowed ☐ Divorced ☐ Other _____
Estado Civil: ☐ Casado(a) ☐ Soltero(a) ☐ Viudo(a) ☐ Divorciado(a) ☐ Otro _____

Race (Mark all that apply) ☐ White ☐ Black ☐ Asian ☐ Amer-Indian ☐ Native Hawaiian/Pacific Islander ☐ Other _____

Raza (Marque todos los que aplican): ☐ Blanca ☐ Moreno ☐ Asia ☐ Indio Americano ☐ Nativo de Hawaii/Islas del Pacífico ☐ Otro _____

Hispanic (check one) ☐ Yes ☐ No Primary Language: ☐ Spanish ☐ English Other _____
Hispano (marque uno): ☐ Sí ☐ No Idioma Primario: ☐ Español ☐ Inglés Otro _____

Emergency Contact:_____ Telephone Number _____
Contacto de Emergencia: Número de Teléfono

Household Members:
Miembros del hogar:

Name Nombre	Gender: Sexo:	Date of Birth Fecha de Nacimiento	Monthly Income Ingresos Mensuales	Country of Birth Pais de nacimiento	Vet Veterano

Highest level of education of applicant ☐0 - 8 yrs ☐ 9 – 12 yrs ☐12+ yrs
Máximo grado de Educación del cliente: ☐0 - 8 años ☐9 – 12 años ☐12+ años

Seguro de Medico: ☐ Ninguno ☐Kaiser ☐Medi-Cal ☐Medicare ☐ACE ☐Otro: _____
Health insurance ☐ None ☐Other:_____

Non Cash Benefits Information: (check all that apply)
Información de benficios no monetarios (marca el que corresponde)

☐ Food Stamps
Estampillas de Comida

☐ WIC
WIC / Mujeres y niños

☐ CalWorks Transportation
Ayuda de para transporte

☐ Section 8
Sección 8

☐ CalWorks ChildCare
Ayuda para cuidado de niños

Application Check List:

Please bring the following documents to your appointment. Failure to bring the following may result in needing to reschedule your appointment.

CRITICAL NEED DOCUMENTATION

☐ Late Rent or Mortgage: Eviction notice, notice of delinquent rent, 3 day pay or quit, delinquent mortgage statement

☐ Deposit Assistance: Lease or Letter of Intent to Rent

☐ Utility bill: Late bill and/or shut off notice

☐ Emergency Car Repair: 2 -3 estimates
Must also include up to date auto registration and auto insurance policy

☐ Medical Equipment: Bill

SUPPORTING DOCUMENTS

☐ Proof of Identification for each member of the household (i.e. picture ID, birth certificate, Social Security, etc.)

☐ Employment Verification for past 30 days (i.e. recent paycheck stubs)

☐ Other Income Verification (i.e. letters or statements from CalWorks, Child Support, Social Security, Unemployment, Employment offer letter)

☐ Bank Statements for the last 3 months

☐ Rental/Lease Agreement

Total Amount Requested: $_____

Total Housing Cost: $_____

Budget Worksheet

Applicant(s) Name(s):_____ Date: _____

INCOME	
	Last 30 Days
Applicant's gross income: Job #1	
Applicant's gross income: Job #2	
Second Applicant's gross income: Job #1	
Second Applicant's gross income: Job #2	
Other Household Members' Income (combined)	
SSI or SSDI benefit amount	
Other income (circle all that apply): Unemployment, Alimony, Child Support, CalWORKS, General Assistance, Retirement, Vet's Pension, Other Pension	
TOTAL MONTHLY INCOME	$
EXPENSES	
	Last 30 Days
Rent	
Utilities: PG&E/water/garbage	
Telephone	
Food	
Health insurance	
Medical (prescriptions, doctor's visits, etc.)	
Car payment	
Auto Insurance	
Transportation (bus, gas, tolls, parking)	
Child care	
Clothing	
Toiletries	
Laundry, cleaning, other household	
Installment payments (credit cards or loans) *Indicate payment type:*	
Cable television	
Internet	
Miscellaneous (cigarettes, entertainment, etc.)	
TOTAL MONTHLY EXPENSES	$
TOTALS	
	Last 30 Days
Total income (from Gross Income Section)	
Less total expenses (from Expenses Section)	
MONTHLY BALANCE	$

Personal Statement

Please describe in your own words why you are asking for financial assistance:

By signing below you acknowledge you have read and understand the terms of the Financial Assistance Program.

Applicant Signature:_____Date:_____

Co-Applicant Signature:_____Date:_____

SAN MATEO COUNTY CLARITY HMIS PRIVACY NOTICE

This Organization provides services for individuals and families at-risk of or experiencing homelessness. This Organization participates in San Mateo County's Homeless Management Information System Clarity database ("Clarity HMIS").

Clarity HMIS is used to collect some basic information about clients receiving services from this Organization. Some examples of this information include personal information, such as name, birth date, gender, race, social security number, phone number, residence address, photo, or other similar identifying information, financial information, such as employment status, income verification, public assistance payments or allowances, and CalFresh allotments, as well as medical, mental health and substance abuse information. The information is used to get a more accurate count of individuals and families experiencing homelessness and to identify the need for different services.

This Organization only collects information that is considered appropriate and necessary. All information that is collected and used in accordance with strict standards of privacy and security.

This Organization may use or disclose information from Clarity HMIS under the following circumstances:

- To provide or coordinate services for an individual or a household;
- For functions related to payment or reimbursement for services;
- To carry out administrated functions including reporting, legal, audit, personnel, oversight or management functions;
- For creating deidentified data from personally identifiable information; or
- When required by law;
- To avert a serious threat to health and safety.
- To government authorities when related to victims of abuse, neglect or domestic violence under specified circumstances;
- For academic research;
- For law enforcement purposes, such as in response to a lawful court order or grand jury subpoena;

A copy of the San Mateo County Clarity HMIS Privacy Policy, which describes allowable uses and disclosures of information collected for Clarity HMIS, is available to all clients upon request.

Issued: 5/26/22

SAMARITAN HOUSE

Programa de Asistencia Financiera

Casa Samaritana sirve como un recurso centralizado dedicado a luchar contra la pobreza y mejorar vidas en el Condado de San Mateo. Nuestra agencia ayuda a los participantes del programa a navegar hacia cualquier crisis acceder al apoyo, la información y los recursos necesarios para permanecer alojados. La agencia Casa Samaritana también ofrece otros servicios vitales para la comunidad como asistencia para pagar la renta, utilidades, servicios de asistencia médica, servicio de proveer comida, entre otros.

Usted a expresado que necesita ayuda financiera para pagar su renta, deposito, o ayuda para reparar su auto. Para su conveniencia la aplicación está incluida en este paquete.

Este no es un programa de derechos. Todas las aplicaciones serán estudiadas cuidadosamente según y conforme a las regulaciones federales y locales del estado. Los fondos de la Casa Samaritana son limitados y restringidos. Usted tiene que vivir en Millbrae, Burlingame, Hillsborough, San Mateo, Foster City, Menlo Park, East Palo Alto, Belmont o San Carlos por 30 días o mas, con pruebas de que usted vive en uno de estos lugares (ejemplo; recibo de renta, o otro documento que demuestre donde vive.)

Una vez que haya reunido todos los documentos requeridos, se encuentra en la lista de verificación de la solicitud. Llama 650-347-3648 para ser una cita con un trabajador social.

Por favor de llamar y dejar un mensaje si tiene alguna pregunta o inquietud.

4031 Pacific Boulevard • San Mateo , CA 94403
(650)347-3648 • Fax (650)347-6066

1836B Bay Road • East Palo Alto, CA 94303
(650)294-4312 • Fax (650)425-9338
www.samaritanhousesanmateo.org
Food • Shelter • Clothing • Counseling • Healthcare

Responda todas las secciones completamente:

Name_____,_____ DOB _____ Gender: ☐ M ☐F
Nombre Last Name / Primer Apellido, First Name /Primer Nombre Fecha de Nacimiento mm dd año (yy) Sexo: Masculino Femenino

Address_____City_____Zip Code _____
Dirección Ciudad Código Postal

Telephone Number _____ e-mail: _____
Numero de Teléfono Correo electrónico

Marital Status: ☐Married ☐Single ☐Widowed ☐Divorced ☐Other _____
Estado Civil: ☐Casado(a) ☐Soltero(a) ☐Viudo(a) ☐Divorciado(a) ☐Otro_____

Race (Mark all that apply) ☐White ☐Black ☐Asian ☐Amer Indian Native ☐Hawaiian Native/Pacific Islander ☐Other_____
Raza (Marque los que aplican): ☐Blanca ☐Morena ☐Asiática ☐Indio Americano ☐Nativo de Hawii/ Islas de Pacífico ☐Otra_____

Hispanic (check one) ☐ Yes ☐No Primary Language: ☐Spanish ☐English ☐Other _____
Hispano (marque uno): ☐ Sí ☐No Idioma Primario: ☐Español ☐Inglés ☐Otro ___

Emergency Contact:_____ Telephone Number _____
Contacto de Emergencia: Número de Teléfono

Household Members:
Miembros del hogar:

Name Nombre	Gender: Sexo:	Date of Birth Fecha de Nacimiento	Monthly Income Ingresos Mensuales	Country of Birth Pais de nacimiento	Vet Veterano

Highest level of education of applicant ☐ 0 - 8 yrs ☐ 9 – 12 yrs ☐ 12+ yrs
Máximo grado de Educación del Cliente: ☐ 0 - 8 años ☐ 9 – 12 años ☐ 12+ años

Seguro de Médico: ☐ Ninguno ☐Kaiser ☐Medi-Cal ☐Medicare ☐ACE ☐Otro:_____
Health insurance: ☐None ☐Other:_____

Non Cash Benefits Information (check all that apply):
Información de benficios no monetarios (marca el que corresponde):

☐ Food Stamps
☐ Estampillas de Comida
☐ Section 8
☐ Sección 8
☐ WIC
☐WIC / Mujeres y ninos
☐ CalWorks ChildCare
Ayuda para cuidado de niños
☐ CalWorks Transportation
☐Ayuda para Transporte

Lista de requisitos:

Por Favor Traiga los siguientes documentos a sus citas. No traer lo siguiente puede resultar en reprogramar su cita.

Documentación de necesidad crítica

- ☐ Alquiler atrasado o hipoteca: Aviso de desalojo, Aviso de alquiler Atrasado pago o renuncia de 3 días, declaración de hipoteca atrasada.

- ☐ Asistencia de deposito: Contrato de arrendamiento o carta de intención de alquiler.

- ☐ Factura de servicios públicos: Factura tardía y/o aviso de corte.

- ☐ Reparación de emergencia automóviles : 2-3 estimaciones.

- ☐ Equipo médico : Factura

Documentos de respaldo

- ☐ Prueba de identificación de cada miembro del hogar (es decir, identificación con fotografía, certificado de nacimiento, seguro social, etc.)

- ☐ Verificación de empleo de los últimos 30 días (es decir, talones de cheques de pago recientes)

- ☐ Otra verificación de ingresos(es decir, cartas o declaraciones de CalWorks, manutención infantil, seguro social, desempleo, carta de oferta de empleo)

- ☐ Últimos tres meses de extractos bancarios

- ☐ Contrato de alquiler/ arrendamiento

Monto total solicitado: $_____

Costo Total de Vivienda: $_____

Hoja de trabjao de Presupuesto

INGRESOS	
	Ultimo 30 Dias
Ingreso mensual de aplicante : Empleo #1	
Ingreso mensual de aplicante : Empleo #2	
Ingreso mensual de los Co- Solicitantes : Empleo #1	
Ingreso mensual de los Co-Solicitantes : Empleo #2	
Ingresos de otros miembros del hogar (combinado)	
SSI o SSDI Monto Total de los Beneficios	
Otros ingresos (circule todos los que corresponda): Desempleo, Pensión , Manutención de los Niños, Cal WORKS	
TOTAL INGRESO MENSUAL	$
GASTOS	
	Ultimo 30 Dias
Renta	
Utilidades: PG&E/Agua/Basura	
Teléfono	
Comida *(Incluyendo el total de los gastos y beneficios de CalFresh, si son aplicable*)	
Seguro Medico	
Medi-cal (prescripciones, doctor visitas, etc.)	
Pagos de Carro	
Seguro de Carro	
Transporte (bus, gas, peaje, parking)	
Cuidado de Niños	
Ropa	
Papel Higiénico, etc	
Lavanderia, Limpieza, y otros gastos del hogar	
Pago a plazos (tarjeta de crédito o préstamo) *Indique el tipo de pago*	
Cable televisión/Internet	
Otros gastos tales como (cigarrillos, entretenimiento, etc.)	
TOTAL GASTOS MENSUALES	$
TOTAL	
	Ultimo 30 Dias
Ingreso TOTAL (ingreso antes de impuestos)	
Incluye TOTAL gastos mensuales	
BALANCE MENSUAL	$

Estado Personal

Por favor describa en sus propias palabras el porque usted esta solicitando ayuda financiera:

Firmando esta aplicación usted ha leído y entendido los términos del Programa de Asistencia de Financiera.

Firma del Aplicante:_____Fecha:_____

Firma del Co-Aplicante:_____Fecha:_____

AVISO DE PRIVACIDAD DE CLARITY HMIS DEL CONDADO DE SAN MATEO

Esta organización presta servicios a personas y familias que se encuentran sin hogar, o que están en riesgo de encontrarse sin hogar. Esta organización participa en la base de datos Clarity del Sistema de Información para Gestión de Personas Sin Hogar del Condado de San Mateo ("Clarity HMIS").

Clarity HMIS se utiliza para recolectar cierta información básica referente a los clientes que reciben servicios de esta organización. Algunos ejemplos de esta información incluyen información personal tal como su nombre, fecha de nacimiento, género, raza, número de seguro social, número de teléfono, domicilio, fotografía u otros datos similares de identificación, información financiera como situación laboral, comprobantes de ingresos, pagos o subsidios de asistencia pública y asignaciones de CalFresh, así como información médica, de salud mental y sobre abuso de sustancias. La información se utiliza para hacer un conteo más preciso de las personas y familias que se encuentran sin hogar y para identificar la necesidad de diferentes servicios.

Esta organización solamente reúne información que se considera apropiada y necesaria. Toda la información se reúne y usa de conformidad con estrictas normas de privacidad y seguridad.

Esta organización puede usar o divulgar información de Clarity HMIS en las siguientes circunstancias:

- Para prestar o coordinar servicios a una persona o a un hogar;
- Para funciones relacionadas con el pago o reembolso de sus servicios.
- Para desempeñar funciones administrativas que incluyen funciones de elaboración de informes, legales, de auditoría, de personal, de supervisión o administrativas.
- Para preparar información anonimizada a partir de identificación de identificación personal.
- Cuando lo ordene la ley.
- Para prevenir una amenaza grave a la salud o seguridad.
- A autoridades gubernamentales, cuando se relacione con víctimas de maltrato, abandono o violencia doméstica, en determinadas circunstancias.
- Para investigación académica.
- Para fines de aplicación de la ley, como en respuesta a una orden judicial legal o a un citatorio de un gran jurado.

Una copia de la política de privacidad de Clarity HMIS del Condado de San Mateo, que describe los usos y las divulgaciones de la información recolectada para Clarity HMIS, está a disposición de todos los clientes que la soliciten.

Emitido: 21/Jun/2022