



City and County of San Francisco Department of Public Health
Population Health Division – Community Health Equity & Promotion Branch
 25 Van Ness Ave, Suite 500 SF Ca 94102
 (628) 206-7695 (415) 554-9636 fax

**Formulario de referencia para la evaluación de la seguridad en el hogar del
 Programa Comunitario y Prevención de Lesiones en el Hogar para
 Personas Mayores**

(Community and Home Injury Prevention Program for Seniors, CHIPPS)

INFORMACIÓN CONFIDENCIAL: se aplican todas las leyes de confidencialidad

ID del cliente	
Fecha de HA	
Personal	

Información del solicitante	
Nombre:	Apellido:
Dirección:	SF Código postal:
Número de telefónico: _____	Fecha de nacimiento: _____
Número de teléfono móvil: _____	Edad: _____
Idioma(s):	Etnicidad(es):
Género: <input type="checkbox"/> hombre <input type="checkbox"/> mujer <input type="checkbox"/> mujer trans <input type="checkbox"/> hombre trans <input type="checkbox"/> género queer / no binario <input type="checkbox"/> no está en la lista <input type="checkbox"/> prefiere no responder	
Orientación sexual: <input type="checkbox"/> bisexual <input type="checkbox"/> heterosexual/hetero <input type="checkbox"/> gay, lesbiana, amor por personas del mismo sexo <input type="checkbox"/> en duda / no lo sabe con seguridad <input type="checkbox"/> no aparece en la lista <input type="checkbox"/> prefiere no responder	
Nombre del seguro médico o de la clínica primaria: MediCal Medicare Otro	
Nombre y relación de otras personas que viven en el hogar:	
Información sobre el hogar	
¿Alquila o es propietario? <input type="checkbox"/> Rento <input type="checkbox"/> Propietario	¿Tiene mascotas? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
Punto de contacto para programar la visita a domicilio	Punto de contacto para la instalación
Nombre n.º 1:	Nombre n.º 2:
Relación (yo mismo, cónyuge, trabajador social, etc.)	Relación (yo mismo, cónyuge, trabajador social, etc.)
Número de teléfono:	Número de teléfono:
Persona y agencia de referencia:	
Nombre:	Apellido:
Cargo:	Número de teléfono:
Dirección de correo electrónico:	Fecha:
Barreras físicas o mentales y problemas de seguridad: (movilidad, cognitiva, etc.)	



Requisitos de elegibilidad para CHIPPS

Requisitos para la evaluación de la seguridad en el hogar:

- Vivir en San Francisco
- Tener 60 años o más o tener una discapacidad permanente
- Ser inquilino o propietario de una vivienda

Requisitos para modificaciones menores en la vivienda:

- Además de los requisitos para la evaluación de la seguridad del hogar, la mayoría de las modificaciones deben cumplir los requisitos de ingresos (consulte los siguientes lineamientos de ingresos):

Marque una casilla	Número de personas que viven en el hogar	100% de los ingresos promedio en la zona (Area Median Income, AMI) 2024
<input type="checkbox"/>	1	>\$ 104,900
<input type="checkbox"/>	2	>\$ 119,900
<input type="checkbox"/>	3	>\$ 134,850
<input type="checkbox"/>	4	>\$ 149,850
<input type="checkbox"/>	5 o más	>\$ 161,850
<input type="checkbox"/>	El cliente no cumple con los requisitos de ingresos	

Al firmar a continuación, certifico que toda la información es verídica a mi saber y entender.

Firma del solicitante o representante

Fecha de la firma

*Para la mayoría de las modificaciones menores en la vivienda, el arrendador o propietario debe aprobar y firmar un formulario de autorización.

Información del arrendador	
Nombre y apellido:	
Dirección postal:	
Dirección de correo electrónico:	
Número de teléfono:	Número de fax:

Envíe el formulario lleno por vía correo electrónico a CHIPPS@sfdph.org o por fax, al [415-554-9636](tel:415-554-9636)