



Solicitud de Establecimiento Doméstico de Muebles

Departamento de Servicios Sociales

Asistencia Temporal y Servicios de Protección Infantil

B-2016SP (5/2023) español

Los Establecimientos Domésticos solo pueden autorizarse cuando (1) una persona/familia sin hogar se mude a una vivienda permanente, (2) un niño regresa a un hogar, (3) un adulto se muda de una institución a la comunidad o para vivir con familia, o (4) una situación de vida, que afecta negativamente la salud física y mental de un individuo / familia, hace que la reubicación a un apartamento sin muebles sea esencial para proteger la salud, la seguridad y el bienestar del mismo. (NYCRR 352.7)

PARTE I- DOCUMENTACIÓN DE LA SOLICITUD DEL CLIENTE- COMPLETADO POR CLIENTE

Nombre	Inicial	Apellido	Fecha
Dirección para el Establecimiento Doméstico de Muebles		Ciudad	Código Postal
Número de Caso	Número de Teléfono		Número de Teléfono Alternativo
# de Adultos Aplicando	# de Niños Aplicando		# de Cuartos en la Residencia
Fuente(s) de Ingreso en el Hogar			
Tipo de Residencia <input type="checkbox"/> Casa de Huéspedes / Habitación solamente <input type="checkbox"/> Apartamento Privado <input type="checkbox"/> Casa Propia			
Razón de Solicitud <input type="checkbox"/> Falta de Vivienda <input type="checkbox"/> Adulto dado de alta de una institución <input type="checkbox"/> Niño que regresa a su hogar <input type="checkbox"/> Reubicación debido a una situación adversa			
¿Por qué necesita ayuda con los muebles hoy?			
¿Qué muebles solicita?			
¿Qué muebles ya tiene? Listar TODOS los muebles.			
¿Tiene algo almacenado? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí, almacenado en:			
Listar TODOS los artículos almacenados			
¿Hay alguien en su hogar que haya recibido un establecimiento doméstico? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí, quién:			
¿Qué recibió/recibieron?			
¿Ha intentado encontrar un apartamento amueblado? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí, ¿Cuál fue el resultado? _____			
¿Ha pedido a algún amigo, familia, o agencia comunitaria por muebles? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí, ¿Qué donaciones ha recibido? _____			
Proveedor			
Firma(s) de todos los solicitantes			Fecha

PART II- DETERMINATION OF ELIGIBILITY- AUTHORIZATION/DENIAL – COMPLETED BY EXAMINER		
Documented by _____		
<input type="checkbox"/> Request APPROVED based on:		
Rooms Authorized for Establishment		
<input type="checkbox"/> Living Room	<input type="checkbox"/> Kitchen	<input type="checkbox"/> Bathroom
		<input type="checkbox"/> Bedroom
<input type="checkbox"/> LDSS-4002 Notice of Approval issued on: _____		<input type="checkbox"/> in person
		<input type="checkbox"/> mailed
<input type="checkbox"/> Client(s) ineligible for a household establishment due to: _____		
<input type="checkbox"/> LDSS-4002 Notice of Denial issued on: _____		<input type="checkbox"/> in person
		<input type="checkbox"/> mailed
Examiner Signature _____	Date _____	
Supervisor Signature _____	Date _____	
PART III- CALCULATION OF GRANT- COMPLETED BY SUPERVISOR		
# of Adults Approved _____	# of Children Approved _____	Total Individuals Approved _____
Rooms Authorized for Establishment		Amount Allotted
<input type="checkbox"/> Living Room (not rooming house)	\$182.00 Flat rate	\$ _____
<input type="checkbox"/> Kitchen (not rooming house)	\$142.00 Flat rate	\$ _____
Add \$12.00 per individual approved	\$12.00 x _____ total individuals	\$ _____
<input type="checkbox"/> Bathroom	\$28.00 for the 1 st person/cabinet linens	\$ _____
Add \$4.00 for each additional person	\$4.00 x _____	\$ _____
<input type="checkbox"/> Bedroom	\$184.00 for 1-2 Adults/Double bed	\$ _____
Add \$145.00 for each child	\$145.00 x _____ Single bed	\$ _____
Total Amount Authorized		\$ _____
Supervisor Signature _____		Date _____

Approved Vendors for Household Establishments are listed on the Small Business List at:

<https://ernie.erie.gov/2007/DSS/Forms/1%20ECDSS%20Program%20Related%20Forms/i-24%20ECDSS%20Vendor%20List.pdf?csf=1&e=wIDq1d>