



WALK-IN SCREENING FORM

Welcome to The Westchester Mediation Center, a program of CLUSTER. In order to help us determine your eligibility for possible assistance, please provide us with the necessary information below.

| | | | |
|------|--|-------------|--|
| Date | | Referred by | |
|------|--|-------------|--|

GENERAL INFORMATION

| | | | | | | | | | | | |
|-----------------------|--|--|--------|----------------|--|-------|----------|----------------|--|--|--|
| Name | | | | Telephone | | | | | | | |
| Household Composition | | | Adults | | | | Children | | | | |
| SSN# | | | | DSS# | | | | Monthly Income | | | |
| Address | | | | City | | State | | Zip Code | | | |
| Apt. Size | | | | Monthly Rent | | | | Move In Date | | | |
| Landlord | | | | Landlord Phone | | | | | | | |
| Arrears Amount | | | | | | | | | | | |

PLEASE ANSWER THE FOLLOWING QUESTIONS

| | YES | NO |
|---|--------------------------|--------------------------|
| Have you spoken to any other CLUSTER worker or another agency? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| If yes, who? _____ | | |
| Did you receive a Landlord Demand Letter or Eviction Notice? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Do you have a Denial Letter from The Department of Social Services? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Do you have a current lease? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Are you currently employed? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Do you and your children have Health Insurance Coverage? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Please check ALL assistance you are applying for:

Rent Arrears
 Re-Housing Services
 Short Term Rental Subsidy
 Utility
 Health Insurance
 Other

Please briefly describe your hardship and what led up to your situation?

If you are approved for assistance, how will you satisfy your monthly expense going forward?

Section for office use only

Case notes:



FORMULARIO DE VISITA SIN CITA

Bienvenidos a The Westchester Mediation Center de CLUSTER. Para ayudar a determinar si es elegible para asistencia, por favor proporcione la información necesaria a continuación.

| | | | |
|-------|--|--------------|--|
| Fecha | | Referido por | |
|-------|--|--------------|--|

INFORMACION GENERAL

| | | | |
|----------------------|------------------|--------------------------|-----------------|
| Nombre | | teléfono | |
| composición familiar | Adultos | | Niños |
| SS# | DSS# | | Ingreso mensual |
| dirección | | Ciudad | Estado |
| | | | Código Postal |
| # Dormitorios | Alquiler mensual | Quando se mudo | Meses adeudados |
| Propietario | | teléfono del propietario | |
| Cantidad atrasada | | | |

PORFAVOR CONTESTE LAS SIGUIENTES PREGUNTAS

| | SI | NO |
|--|--------------------------|--------------------------|
| Ha hablado con otro trabajador de CLUSTER/otra agencia? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Si es así, nombre del trabajador o agencia _____ | | |
| Recibió una carta de reclamo de propietario o de lo corte? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ¿Tiene una carta de negación del Departamento de servicios sociales? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ¿Tiene un contrato de arrendamiento actual? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ¿Está usted actualmente empleado? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ¿Usted y su familia tienen cobertura de seguro médico? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Marque todos los tipos de asistencia que esta solicitando:

Atrasos de alquiler
 Volver a servicios de vivienda
 Subsidio de alquiler a corto plazo
 Utilidad
 Seguro médico
 Otros

¿Por favor describa brevemente la razón que lo llevo a esta situación?

¿Si es aprobado para asistencia, cómo va a cubrir sus gastos mensuales en el futuro?

Sección para uso de oficina solamente

Notas del Caso: