



Solicitud para la iniciativa de ingreso garantizado para la gente trans (GIFT) [Guaranteed Income for Trans People]

Los servicios de la salud comunitaria de Lyon-Martin & el Distrito Trans, en comunidad con la oficina de la alcaldesa de los Iniciativos transgéneros, la Tesorería de San Francisco, y la oficina de la alcaldesa de alojamiento y del desarrollo comunitario, están orgullosos a presentar la primera iniciativa de ingreso garantizado específicamente para la gente trans. GIFT es una iniciativa de asistencia financiera para la gente de bajo ingresos que son trans, no binarias, genero no conforme, e intersexuales que residen en la ciudad y el condado de San Francisco. Actualmente, esta iniciativa está disponible solo para la gente mayor de 18 años.

Si es elegide, la ciudad y el condado de San Francisco proveerá \$1,200.00 al mes a menos que mantenga elegibilidad para el programa por 18 meses. Elegibilidad está determinada en múltiples factores incluyendo ciudad de ubicación, ingreso, poblaciones prioritarias, y disponibilidad de fondos. Los fondos no tienen restringíos, pueden ser usados para pagar cualquier cosa. La única condición para mantener su inscripción en el programa es completar encuestas cada 3 meses.

Podemos asistirle con la aplicación si agende una cita con une de nuestres coordinaderes de empoderamiento económico (en persona, por teléfono o por visita virtual). Llámenos a (415)-213-1717, mándenos un correo electrónico a GIFT@lyon-martin.org, o visítenos en persona en la clínica localizada en 1735 Mission St. en San Francisco durante nuestro horario de operación.

O puede completar la aplicación su mismo y mándenos los siguientes documentos por el web a medio de nuestra sitio web, www.GIFTincome.org, o por correo electrónico a GIFT@lyon-martin.org.

- Esta aplicación
- Una copia de su identificación fotográfica (si la tiene)
- Una copia de su prueba de ubicación en la ciudad y el condado de San Francisco
- Una copia de sus documentos de prueba de ingreso(s)



Por favor responde las siguientes preguntas a lo mejor de su habilidad:

Información General	
Nombre	Nombre Legal (en su identificación, si es diferente)
Fecha de Nacimiento	Número de teléfono
Correo electrónico	Dirección de envío
Número de seguro social (si lo tiene)	Lengua preferida
Nombre de Contacto de Emergencia	Número de teléfono o correo electrónico para el contacto de emergencia
¿Cuál es su modo de comunicación preferida? <input type="checkbox"/> Teléfono <input type="checkbox"/> Correo Electrónico <input type="checkbox"/> Correo <input type="checkbox"/> Trabajador social/Amigue/Familia: _____	
Nombre de su plan de seguro/cobertura	Número de identificación de su seguro/cobertura

Ingreso	
Ingreso bruto por mes (antes de los impuestos o gastos)	Número de la gente en el hogar
Marque todas las maneras de ingresos que aplique	<input type="checkbox"/> Empleo <input type="checkbox"/> Trabajo pagado en efectivo <input type="checkbox"/> Desempleo <input type="checkbox"/> Ingreso de seguridad social (SSI) <input type="checkbox"/> Seguro social del estado para discapacidad (SSDI) <input type="checkbox"/> CalWORKS

	<input type="checkbox"/> Programa del condado de Asistencia para los adultos (CAAP) <input type="checkbox"/> Asistencia con efectivo conectado a MediCal (CALM) <input type="checkbox"/> Programa de asistencia con efectivo para los inmigrantes (CAPI) <input type="checkbox"/> Asistencia con efectivo para los refugiados <input type="checkbox"/> Ayuda financiera para los estudiantes <input type="checkbox"/> Algo otro: _____
Marque todos los programas de asistencia que no proveen efectivo/dinero/ingreso en que está inscrito actualmente.	<input type="checkbox"/> Medi-Cal <input type="checkbox"/> Medicare <input type="checkbox"/> Healthy San Francisco <input type="checkbox"/> CalFresh (cupones de alimentos) <input type="checkbox"/> Algo otro: _____

Por favor incluye prueba de ingreso, per-ejemplo:

- W2
- Extracto(s) de cuenta
- Talón de pago
- Carta de concesión de desempleo
- Carta de concesión de SSI
- Carta de concesión de SSDI
- Carta de concesión de CalWORKS
- Carta de concesión de CAAP/CALM/CAPI
- Carta de concesión de ayuda financiera
- Carta de auto-atestación al ingreso

Por favor incluye prueba de ubicación, como:

- Alquiler
- Correo
- Factura de servicios públicos (del internet, del teléfono, de la electricidad, ...)
- Carta de verificación del estar sin hogar (de una agencia como refugio, centro de acogida, organización de servicios sociales o proveedor de atención médica)
- Carta de auto-atestación del estar sin hogar

¿En cuál distrito o barrio de San Francisco se ubica? _____

Demográficos		
Calificación de estado trans (marque todo lo que aplique)	<input type="checkbox"/> Trans <input type="checkbox"/> Género no binario <input type="checkbox"/> Género no conforme <input type="checkbox"/> Intersexual <input type="checkbox"/> Ninguno de lo anterior	
Pronombres (marque todo lo que aplique)	<input type="checkbox"/> Ella/suya <input type="checkbox"/> El/suyo <input type="checkbox"/> Elle/suye <input type="checkbox"/> No uso pronombres, solo mi nombre <input type="checkbox"/> No mencionado: _____ <input type="checkbox"/> Niego a declarar	
Identidad de género (marque todo lo que aplique)	<input type="checkbox"/> Mujer cis-género <input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> Mujer trans <input type="checkbox"/> Mujer de experiencia trans <input type="checkbox"/> Mujer con historia de transición de género <input type="checkbox"/> Transfemenina <input type="checkbox"/> Femenina de centro <input type="checkbox"/> MTF (masculino a femenina) <input type="checkbox"/> Demichica <input type="checkbox"/> T-chica <input type="checkbox"/> Trans chica <input type="checkbox"/> Hermana chica <input type="checkbox"/> Hombre cis-género <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Hombre trans <input type="checkbox"/> Hombre de experiencia trans <input type="checkbox"/> Hombre con historia de transición de género <input type="checkbox"/> Transmasculino <input type="checkbox"/> Masculino de centro <input type="checkbox"/> FTM (femenino a masculino) <input type="checkbox"/> Demichico <input type="checkbox"/> T-chico <input type="checkbox"/> Trans chico <input type="checkbox"/> Hermano chico <input type="checkbox"/> Trans <input type="checkbox"/> Transgénero	<input type="checkbox"/> Género expansivx <input type="checkbox"/> Tercer género <input type="checkbox"/> Neutrois <input type="checkbox"/> Omnigénero <input type="checkbox"/> Poligénero <input type="checkbox"/> Género gris <input type="checkbox"/> Entre género <input type="checkbox"/> Maverique <input type="checkbox"/> Novigénero <input type="checkbox"/> Dos espíritus <input type="checkbox"/> Hijira <input type="checkbox"/> Kathoey <input type="checkbox"/> Muxe <input type="checkbox"/> Khanith/Xanith <input type="checkbox"/> X-gender <input type="checkbox"/> MTX <input type="checkbox"/> FTX <input type="checkbox"/> Bakla <input type="checkbox"/> Mahu <input type="checkbox"/> Fa'afafine <input type="checkbox"/> Waria <input type="checkbox"/> Palao'ana <input type="checkbox"/> Ashtime <input type="checkbox"/> Mashoga <input type="checkbox"/> Mangaiko <input type="checkbox"/> Chibados <input type="checkbox"/> Tida wena <input type="checkbox"/> Biza'ah

	<input type="checkbox"/> Transexual <input type="checkbox"/> Género no binario <input type="checkbox"/> Genderqueer <input type="checkbox"/> Agénero/sin género <input type="checkbox"/> Xenogénero <input type="checkbox"/> Fem <input type="checkbox"/> Femme <input type="checkbox"/> Butch <input type="checkbox"/> Boi <input type="checkbox"/> Stud <input type="checkbox"/> Agresivx (AG) <input type="checkbox"/> Andrógino <input type="checkbox"/> Muchachota <input type="checkbox"/> Género fuera de ley <input type="checkbox"/> No conforme a género <input type="checkbox"/> Variante de género <input type="checkbox"/> Género fluidx <input type="checkbox"/> Genderfuck <input type="checkbox"/> Bi-género <input type="checkbox"/> Multi-género <input type="checkbox"/> Pangénero <input type="checkbox"/> Género creativx	<input type="checkbox"/> Alyha <input type="checkbox"/> Hwame <input type="checkbox"/> Lhamana <input type="checkbox"/> Nadleehi <input type="checkbox"/> Dilbaa <input type="checkbox"/> Winkte <input type="checkbox"/> Ninauposkitzipxpe <input type="checkbox"/> Machi-embra <input type="checkbox"/> Quariwarmi <input type="checkbox"/> Chuckchi <input type="checkbox"/> Whakawahine <input type="checkbox"/> Fakaleiti <input type="checkbox"/> Calabai <input type="checkbox"/> Calalai <input type="checkbox"/> Bissu <input type="checkbox"/> Acault <input type="checkbox"/> Travesti <input type="checkbox"/> No sé <input type="checkbox"/> No uso etiquetas <input type="checkbox"/> Algo no mencionado: _____
Sexo asignado al nacer: (escoge uno)	<input type="checkbox"/> Femenina <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Intersexual	<input type="checkbox"/> No sé <input type="checkbox"/> No documentado <input type="checkbox"/> Niego a declarar
Orientación sexual: (marque todo lo que aplique)	<input type="checkbox"/> Aromántico/a/e (Aro) <input type="checkbox"/> Asexual (Ace) <input type="checkbox"/> BDSM/Kink <input type="checkbox"/> Bisexual <input type="checkbox"/> Demisexual <input type="checkbox"/> Dyke/tortillera <input type="checkbox"/> Maricon <input type="checkbox"/> Gay <input type="checkbox"/> Lesbiana <input type="checkbox"/> Non-monógamo/a/e	<input type="checkbox"/> Pansexual <input type="checkbox"/> Poliamoroso/a/e <input type="checkbox"/> Queer <input type="checkbox"/> Amo el mismo género <input type="checkbox"/> Skoliosexual <input type="checkbox"/> Straight <input type="checkbox"/> T4T (trans para trans) <input type="checkbox"/> No sé <input type="checkbox"/> Algo no mencionado: _____
¿Se identifique como hispano/a/e o latine?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Niego a Declino	
¿Cuál(es) describen mejor su etnicidad?	<input type="checkbox"/> Indigene <input type="checkbox"/> Nativo Americano (Grupo específico: _____)	

<p>(marque todo lo que aplique)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Indigene de decendencia de México, el Caribe, Centro Americano, o Sud Americano (Grupo especifico: _____) <input type="radio"/> Otre Indigene: _____ <input type="checkbox"/> Asiático/a/e <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Chino/a/e <input type="radio"/> Filipino/a/e <input type="radio"/> Japones(a/e) <input type="radio"/> Coreano/a/e <input type="radio"/> Mongol(a/e) <input type="radio"/> Asiano/a/e del centro <input type="radio"/> Asiático/a/e del sur <input type="radio"/> Sudeste asiático/a/e <input type="radio"/> Otre asiático/a/e: _____ <input type="checkbox"/> Latine <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Caribe <input type="radio"/> Centro Americano/a/e <input type="radio"/> Mexicano/a/e <input type="radio"/> Sud Americano/a/e <input type="radio"/> Otre Latine: _____ <input type="checkbox"/> Afrodescendiente/Negro(a/e)/Moreno(a/e)/Prieto(a/e) <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Africano/a/e <input type="radio"/> Afroamericano/a/e <input type="radio"/> Del Caribe, Centro America, Sud America o México <input type="radio"/> Otro: _____ <input type="checkbox"/> Medio oriente, asiático/a/e occidental o africano/a/e del norte <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Africano del norte <input type="radio"/> Asiático/a/e occidental <input type="radio"/> Otro Medio oriente o Africano/a/e del norte <input type="checkbox"/> Isleño/a/e del pacífico <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Indigene de las islas Mariana (chamorro) <input type="radio"/> Indigene de Hawái <input type="radio"/> Indigene de Samoa <input type="radio"/> Otro isleño/a/e pacifico: _____ <input type="checkbox"/> Caucasiano/a/e, Blanco/a/e <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> De Europa <input type="radio"/> Otro: _____
<p>Estado de vivienda:</p>	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> A riesgo de estar sin hogar <input type="checkbox"/> Sin hogar durante los últimos 12 meses, pero no actualmente <input type="checkbox"/> Sin hogar, albergue/refugio desconocido

	<input type="checkbox"/> Vivo en un albergue <input type="checkbox"/> Vivo con otros (no pago la renta) <input type="checkbox"/> Renta o soy dueño de mi domicilio <input type="checkbox"/> Vivienda de apoyo permanente <input type="checkbox"/> Edificio de habitaciones de ocupación individuo <input type="checkbox"/> Vivo en la calle, un campo, cerca de un puente <input type="checkbox"/> Vivienda transicional
¿Tiene una discapacidad o una enfermedad crónica?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No se <input type="checkbox"/> Niego a declarar
¿Tiene el VIH?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No se <input type="checkbox"/> Niego a declarar
¿Alguna vez ha estado encarcelado?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Niego a declarar
¿Actualmente, hace trabajo sexual? (Marque todo lo que aplique; solo responde si se siente cómodo/a/e)	<input type="checkbox"/> Sí, actualmente hago trabajo sexual en persona <input type="checkbox"/> Sí, actualmente hago trabajo sexual por la web o por teléfono <input type="checkbox"/> No, pero he hecho trabajo sexual en el pasado <input type="checkbox"/> No, nunca he hecho trabajo sexual <input type="checkbox"/> Niego a declarar
¿Es un trabajador/a/e migrante?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Es un trabajador/a/e temporal?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Estado militar	<input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> Servicio Activo <input type="checkbox"/> Servicio Inactivo <input type="checkbox"/> Reservado/a/e <input type="checkbox"/> Veterano/a/e <input type="checkbox"/> Niego a declarar



Los servicios de la salud comunitaria de Lyon-Martin es una clínica de cuidado primario que especializa en proveer cuidado médico a personas trans, personas no binarias, a personas de genero no conforme y a mujeres cisgéneros que son queer. ¿Tiene interés en recibir servicios médicos, de salud mental o de trabajo social de nosotres?

- Sí
- No
- No sé, quiero saber más

Si tiene interés, le vamos a crear una cuenta para usted en nuestro sistema. ¿Le podemos mandar un texto o correo electrónica para registrarse a nuestro portal de pacientes, MyChart?

- Sí, mándeme un texto
- Sí, mándeme un correo electrónico
- No, no me interese MyChart ahora

¿Hay algo que quiere que sabemos?