

### **Pautas del programa “Lead and Healthy Homes” - Arrendatario**

Gracias por manifestar su interés en el programa “Lead and Healthy Homes” de la Ciudad de Dubuque. Estamos comenzando con una nueva ronda de trabajo para llevar a que 120 hogares se conviertan en sitios seguros en los próximos tres años, con fondos del Departamento de Vivienda y Desarrollo Comunitario (HUD) de los Estados Unidos.

Para acceder a este programa, el hogar debe tener 80% o menos del ingreso promedio de la zona (AMI, por sus siglas en inglés), teniendo en cuenta el tamaño de familia establecido en las pautas de HUD (ver abajo). La familia debe tener uno o más niños menores de seis años de edad que estén residiendo o visitando la propiedad de manera periódica o una persona de la familia que esté embarazada. La edificación debe haber sido construida antes de 1978 y debe ubicarse dentro de los límites de la ciudad de Dubuque para que pueda cumplir con los requisitos del programa.

Tamaño de la familia: 1 persona	Tamaño de la familia: 2 personas	Tamaño de la familia: 3 personas	Tamaño de la familia: 4 personas	Tamaño de la familia: 5 personas	Tamaño de la familia: 6 personas	Tamaño de la familia: 7 personas	Tamaño de la familia: 8 personas
\$49,000	\$56,000	\$63,000	\$70,000	\$75,600	\$81,200	\$86, 800	\$92,400

Los dueños de la propiedad a alquilar necesitarán comprometerse con el 10% de los costos del proyecto. En promedio, la cantidad disponible para el control de amenaza de pintura de plomo es de \$14.500 por unidad y \$200 para cubrir los costos de reubicar a los inquilinos. Si el proyecto sobrepasa los \$19.999, el dueño de la propiedad necesitará contribuir con la diferencia para que el proyecto continúe.

También hay un promedio de \$4.800 disponible por unidad en fondos de “Healthy Homes” para identificar y solucionar amenazas relacionadas con la seguridad y saneamiento de las casas. Si el proyecto sobrepasa los \$5.000 para mejoramiento de la casa, la ciudad y el dueño de la propiedad llegarán a un acuerdo para llevar a cabo un plan de acción y continuar con el proyecto.

El propósito principal del programa es manejar las amenazas de plomo y hacer las unidades seguras. Esto no es un programa completo de rehabilitación. La unidad necesitará un mantenimiento frecuente para que el programa continúe.

Esperamos que la propiedad esté conforme a los códigos como lo determina el inspector. Si hay deficiencias significativas en saneamiento y seguridad, algunas reparaciones tendrán que ser hechas para que el proyecto sea aprobado.

**Para empezar el proceso, por favor complete el formulario adjunto y envíelo a nuestra oficina. Después de que lo recibamos, verificaremos su ingreso y determinaremos si es elegible o no. Se procederá con el trabajo según el orden de llegada, una vez se verifique que éstos cumplen los requisitos.**

Conserve esta hoja para su registro e información. La lista de chequeo, en la parte de atrás, también es para que la conserve.

Por favor, contáctenos si tiene alguna pregunta al 563 589-1724. Estaremos deseosos de trabajar con usted.

### Lista de chequeo de los documentos pedidos para la solicitud del arrendatario

**Nota:** Las solicitudes entregadas sin todos los documentos requeridos serán consideradas incompletas. El proceso de solicitud NO podrá comenzar hasta que todos los documentos se hayan entregado.

- Prueba de identificación:** Identificación de cada uno de la familia. Ejemplo: Licencia de conducción, identificación del estado, tarjeta de seguro social, o acta de nacimiento.
  - Para niños menores de 6 años,** los documentos deben mostrar su *nombre* y la *fecha de nacimiento*. Esto puede incluir el acta de nacimiento, la tarjeta de seguro médico, el acta de bautizo o un formulario de registro de la escuela.
- El solicitante estará de acuerdo en entregar **resultados de niveles de plomo en la sangre** de cada uno de los niños entre edades de 1 a 5 años de edad que residan en la vivienda o que la visiten, realizados por el "Department of Health Protocol". Si no hay resultados disponibles, la ciudad puede proveer los exámenes sin costo a todos los niños que componen la familia.

#### **Ingreso y activos**

- Las **colillas de pago** de las últimas 6 semanas para todos aquellos que vivan en el hogar y que sean mayores de 18 años.

Si alguien en el hogar recibe algún **otro tipo de ingreso**, debe por favor entregar la documentación:

- Beneficios de seguro social:** Por favor, entregue una copia de su "Award Letter" (Carta Premio) como prueba de su beneficio. Usted puede contactar a la oficina administrativa del seguro social, al teléfono 1-8000-772-1213 para recibir una copia de esta carta.
- Apoyo al niño:** Por favor entregue documentos como el acta de divorcio, la declaración de la unidad de cobro de alimentación/manutención para los niños (Child Support Recovery Unit), o cualquier otra prueba de soporte.
- Beneficios por desempleo:** Es necesaria una declaración de la Iowa Workforce Development Office.
- Cualquier otro tipo de ingreso (pensión, FIP, ingreso por alquiler, etc.):** Entregue la documentación apropiada.
- Reintegro de impuestos** para aquellos que son independientes - los dos últimos años de declaración de reintegro de impuestos son necesarios.
- Dos meses de **extractos bancarios** de todos los bancos o prestamistas con los que cada uno de los que vive en el hogar (que sean mayores de dieciocho) tengan relación, incluidas las cuentas de retiro (los extractos en computador son aceptados únicamente si estos son una copia real del extracto).

**Entregar la solicitud** por una de las siguientes formas:

- Por correo postal o en persona a la dirección de arriba
- Enviarlo por fax al número (563) 589-4244
- Escanearlo y enviarlo por correo electrónico a [lead@cityofdubuque.org](mailto:lead@cityofdubuque.org)

Remueva y conserve esta hoja para su registro personal. La información en el otro lado también es para que la conserve.

**Información de la familia del arrendatario**

Por favor responda completamente a todas las preguntas de esta solicitud. Si una pregunta no aplica, entonces escriba NA (de su sigla en inglés "Not Applicable") en el espacio dado.

Fecha \_\_\_\_\_

Uso exclusivo de la oficina	
Fecha de recibido	
Hora de recibido	
Fecha de verificación	

**Cabeza de familia**

Primer nombre	Inicial segundo nombre	Apellido	Género
---------------	------------------------	----------	--------

Fecha de nacimiento	Edad	Raza* (mire abajo la lista)	Etnia: ¿Es usted hispano/Latino? (Yes or No)
---------------------	------	-----------------------------	--

Dirección	Ciudad	Estado	Código postal
-----------	--------	--------	---------------

Dirección de correo electrónico	Número telefónico
---------------------------------	-------------------

**Escriba la lista de todas las otras personas que residen en el hogar**

Nombre	Fecha de nacimiento	Edad	Raza* (mire la lista abajo)	Etnia: Es usted hispano/Latino? (Sí o No)

\* **Raza** - Escriba uno o más códigos de letras para la (s) raza (s) que apliquen:

- |  |   |
|--|---|
| Indio-americana/Nativa de Alaska (AI/AN) | Nativa de Hawái/Otra isleña del Pacífico (NH/OPI) |
| Asiática (AS)                            | Blanca (W)  |
| Negra/Afroamericana (B/AA)               | Otra (O) _____                                    |

**Por favor marque Sí o No a las siguientes respuestas.**

- ¿Tiene niños menores de 6 años quienes hayan visitado la casa al menos 3 veces por mes? Sí o No
- ¿Hay niños en la casa a los que se les haya examinado los niveles de plomo en la sangre (>5mcg/dL)? Sí o No
- ¿Esta la cabeza de la familia usando el programa de asistencia de arriendo opción Voucher de vivienda (Sección 8)? Sí o No
- ¿Es esto un servicio de guardería infantil? Sí o No
- ¿Hay alguien embarazada en la casa? Sí o No

6. ¿Hay alguien inválido o con necesidades especiales en el hogar? Sí o No. Si la respuesta es Sí, por favor explique:
- 
7. ¿Hay algún veterano en la casa? Sí o No. Si la respuesta es Sí, por favor haga una lista de él (ella) o ellos:
- 
8. ¿Tiene usted dependientes que no residan en la casa? Sí o No, Si la respuesta es Sí, por favor explique:
- 
9. ¿Tiene usted mascota? Sí o No. *Todas las mascotas son responsabilidad de los ocupantes de la casa y no pueden ser dejadas a un lado durante la reubicación.*
10. ¿Cómo se enteró del programa?
- 

**Información sobre ingresos**

Entregue información sobre los ingresos totales de todas las personas (mayores de 18 años) que vivan en el hogar. Incluya el ingreso de empleado, de renta, de welfare, los beneficios de VA, programas a la infancia, el FIP, los beneficios de seguridad social, pensión, fondos de retiro y cualquier otra fuente de ingreso.

<b>Miembro de la familia</b>	<b>Ingreso bruto mensual</b> (ingreso total antes de impuestos, no incluye beneficios)	<b>Nombre del empleador o fuente de ingreso y</b> la dirección postal completa

**Información de los activos**

Haga una lista de todas las cuentas bancarias y activos que tengan todos aquellos que tengan 18 años o más, incluidas las cuentas corrientes y de ahorros, certificados de depósito, bonos, rentas vitalicias, fondos de inversiones, "real estate", IRAs, 401Ks, planes de pensión, etc.

<b>Miembro (s) de la familia</b>	<b>Cantidad</b>	<b>Tasa de interés</b>	<b>Nombre del banco o fuente de los activos</b> y dirección postal completa

### Certificación del arrendatario

Yo/Nosotros certificamos que la información dada en esta solicitud al Departamento de Vivienda y Desarrollo Comunitario de la Ciudad de Dubuque, con el propósito de obtener fondos del programa Lead and Healthy Homes, es precisa y completa, a mi leal y saber entender. Yo/nosotros entiendo/entendemos que las declaraciones o datos falsos son castigados por la ley federal. Yo/nosotros entiendo/entendemos que las declaraciones o datos puede ser motivos para declarar ilegible una solicitud.

\_\_\_\_\_  
Nombre

\_\_\_\_\_  
Firma

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Nombre

\_\_\_\_\_  
Firma

\_\_\_\_\_  
Fecha

---

### Notificación y aceptación de examen de sangre

Todos los niños menores de seis años de edad que residan en esta propiedad o son visitantes frecuentes de esta propiedad (10%) son solicitados para practicarles el examen de niveles de plomo en la sangre dentro de los seis meses antes de la fecha de inicio del proyecto. Por favor acepte esta notificación, firmando abajo.

\_\_\_\_\_  
Firma del padre o tutor

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma del padre o tutor

\_\_\_\_\_  
Fecha



**Housing & Community Development Dept.**  
**Lead and Healthy Homes Program**  
 350 W. 6<sup>th</sup> Street, Suite 312  
 Dubuque, IA 52001  
 Office (563) 589-1724



### AUTORIZACIÓN DE DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN

El abajo firmante autoriza a las fuentes incluidas en el formulario del Lead and Healthy Homes Program (LHH), sin responsabilidad, a publicar información relacionada con empleo, ingreso, y/o activos para el HUD/Ciudad de Dubuque, para propósitos de verificación de información suministrada, como parte de requisitos determinantes para apoyo en el program LHH. Yo (nosotros) entiendo (entendemos) que únicamente la información necesaria para determinar la elegibilidad puede ser solicitada.

**Tipos de información que pueden ser verificadas:**

Yo (nosotros) entiendo (entendemos) que la información anterior o actual puede ser requerida. Las verificaciones que puedan ser requeridas (pero no las únicas) son: historia laboral, horas trabajadas, frecuencia en el pago y el salario, comisiones, aumentos, bonos y propinas; efectivo en cuentas corrientes y de ahorros, acciones, bonos, certificados de depósito, cuentas individuales de retiro, intereses, dividendos; pagos de seguro social, rentas, pólizas de seguro, fondos de retiro, pensiones, beneficios por discapacidad o muerte, seguro de desempleo, compensación o discapacidad laboral, ayuda del gobierno (welfare), ingresos netos de operaciones de algún negocio, pensión alimentaria o pago por manutención de los niños.

Yo (nosotros) estoy (estamos) de acuerdo que una fotocopia de esta autorización puede ser usada para los propósitos mencionados arriba. Yo (nosotros) entiendo (entendemos) que yo (nosotros) tengo (tenemos) el derecho de revisar este archivo y corregir cualquier información que sea incorrecta.

**Se requieren la firma de todos los miembros de la familia que tengan 18 o más años de edad. Este formulario de autorización expira 18 meses después de firmado.**

Nombre del solicitante	Dirección	Ciudad	Estado	Zip
------------------------	-----------	--------	--------	-----

Firma del solicitante	Número de Seguro Social del solicitante	Fecha
-----------------------	---	-------

Nombre del solicitante	Dirección	Ciudad	Estado	Zip
------------------------	-----------	--------	--------	-----

Firma del solicitante	Número de Seguro Social del solicitante	Fecha
-----------------------	---	-------

Nombre del solicitante (Otro miembro de la familia que tenga 18 años o más)	Dirección	Ciudad	Estado	Zip
--	-----------	--------	--------	-----

Firma del solicitante	Número de Seguro Social del solicitante	Fecha
-----------------------	---	-------

Aviso de la Ley de Privacidad. Autoridad: El Departamento de Vivienda y Desarrollo Urbano (HUD)/Ciudad de Dubuque está autorizado para obtener esta información gracias a la Ley de Vivienda de los Estados Unidos de 1937 (42 U.S.C. 1437 et. seq.), al Título VI de la Ley de los Derechos Civiles de 1964 (42 U.S.C. 2000d), y a la Ley de Vivienda Digna (42 U.S.C. 3601-19). La ley de Vivienda y Desarrollo Comunitario de 1987 (42 U.S.C. 3543) solicita que los aspirantes y participantes presenten el número de Seguro Social de cada uno de los miembros de la vivienda. Propósito: El ingreso y otra información será recolectada por el HUD de la Ciudad de Dubuque para determinar su elegibilidad. Otros usos: el HUD de la Ciudad de Dubuque usa su ingreso familiar y otra información para la administración y control de los programas HUD de asistencia de vivienda, para proteger los intereses financieros del gobierno y verificar la veracidad de la información que usted provee. Esta información puede ser enviada a las agencias federales, estatales y locales indicadas cuando sea relevante, y a fiscales civiles y criminales o a otros investigadores y fiscales. Sin embargo, la información no será divulgada ni saldrá del HUD de la Ciudad de Dubuque, excepto en los casos en que sea permitido o requerido por la ley. Penalidad: Usted debe entregar toda la información requerida por la Ciudad de Dubuque, incluyendo todos los números de Seguro Social que usted y todos los miembros de la vivienda tengan y usen. Entregar los números de Seguro Social de todos los miembros de la vivienda es obligatorio, y no hacerlo afectará su elegibilidad. Fallar en la entrega de cualquier información requerida puede causar retrasos o rechazos en la aprobación para ser elegible.



**Housing & Community Development Dept.**  
**Lead and Healthy Homes Program**  
350 W. 6<sup>th</sup> Street, Suite 312  
Dubuque, IA 52001  
Office (563) 589-1724



---

## Formulario de autorización de tratamiento de datos personales

*Instrucciones:* Usted debe llenar este formulario con el fin de permitirle a la Ciudad de Dubuque compartir la información confidencial del miembro de la vivienda con agencias y compañías con el propósito de procesar su solicitud.

Usted puede cancelar este acuerdo en cualquier momento; sin embargo, si usted lo hace, la Ciudad de Dubuque no podrá procesar su solicitud.

Yo, (\_\_\_\_\_), permito y autorizo a Ciudad de Dubuque (incluyendo sus socios, afiliados, agentes, contratistas y los respectivos asignados), como parte de mi solicitud para el Lead and Healthy Homes Program (el "Programa") para solicitar, acceder, revisar, descartar, entregar y compartir cualquier información recibida con respecto a mi solicitud para el Programa (Información confidencial "NPI") ya sea suministrado por mi persona en mi solicitud, o adicionalmente por un tercero con quien yo pueda o no tener relación, y únicamente lo necesario o deseable, a discreción de la Ciudad de Dubuque, para la determinación final de mi elegibilidad y la cantidad de apoyo cobijado por el Programa. Yo, como Solicitante, autorizo la entrega de información del dueño y todos los miembros de la vivienda con el fin de cumplir con el Programa de elegibilidad y los requisitos para determinar los beneficios. Yo conozco y comprendo que cualquier información revelada por un tercero de parte de o a la Ciudad de Dubuque, en mi nombre, no es responsable por ninguna tergiversación u omisión negligente, y yo acepto eximir a la Ciudad de Dubuque y a dichos terceros de responsabilidad de y contra toda reclamación, acción, demanda u otro procedimiento, y cualquiera de todos aquellos daños, juicios, casos perdidos, gastos y otros costos (incluyendo honorarios y gastos razonables por asesorías) generados de cualquier manera a partir de dicha divulgación.

Como parte de esta autorización, yo además autorizo a la Ciudad de Dubuque y algún otra institución financiera, prestamista, asegurador, agencia gubernamental (federal o estatal), oficina de crédito, proveedor de servicio financiero y algún otro tercero para obtener, usar y revelar cualquiera de mi NPI en su posesión, tanto como sea necesario o deseable, a discreción de Ciudad de Dubuque, para permitir a la Ciudad de Dubuque administrar el Programa y el proceso mi solicitud.

Yo conozco y comprendo que la Ciudad de Dubuque puede obtener, usar y revelar cualquier NPI recibido en su investigación de mi solicitud con terceros, incluidos todos aquellos referenciados anteriormente, tanto como sea necesario o deseable, a discreción de la Ciudad de Dubuque, para la determinación final de mi elegibilidad y la cantidad de apoyo cobijado por el Programa. Todo el NPI será retenido por la Ciudad de Dubuque de acuerdo con los requisitos del Programa.

Mi autorización puede ser revocada o finalizada en cualquier momento, entregando una notificación escrita a la Ciudad de Dubuque. Yo además conozco y entiendo que cualquier revocación (finalización) de esta Autorización puede afectar mi posibilidad de recibir la ayuda cobijada por el Programa. A menos que sea revocada por mí persona, esta Autorización seguirá en plena vigencia hasta que todas las obligaciones ante la Ciudad de Dubuque se hayan cumplido en su totalidad.

Al completar y firmar este formulario, yo conozco y estoy de acuerdo con todo lo mencionado anteriormente y estoy de acuerdo con que esta Autorización pueda ser entregada en mi nombre a cualquier institución, prestamista, asegurador, agencia gubernamental (federal o estatal), oficina de crédito, proveedor de servicio financiero o algún otro tercero.

---

Solicitante/Dueño/Ocupante Nombre (Impreso)

---

Solicitante/Dueño/Ocupante Firma

---

Fecha