

Solicitud de Préstamo para la Producción de Hogares Saludables

Misión del programa

Proteger la salud de los residentes a través de la eliminación de los peligros en el hogar.

Descripción general del programa y elegibilidad básica

El objetivo principal del programa es prevenir lesiones y proteger a los residentes de los peligros del hogar. Los fondos para este programa provienen del Departamento de Vivienda y Desarrollo Urbano de los Estados Unidos (HUD, por sus siglas en inglés) y se extenderán hasta septiembre de 2025. Los propietarios elegibles pueden solicitar un **préstamo condonable de cinco años de hasta \$10,000.00 por unidad** para una remediación de riesgos como se identifica en los principios de evaluación de Hogares Saludables de HUD. **Los préstamos son de 0% de interés, por un plazo de 5 años y se condonan a una tasa del 20% anual durante el plazo del monto del préstamo.**

El dueño de la propiedad debe tener suficiente seguro de propiedad para cubrir el valor del préstamo de reducción anticipado y todos los demás saldos de préstamos existentes en la propiedad.

Los propietarios deben estar al día con todos los impuestos sobre la propiedad y los vehículos de la ciudad de New Haven. Los planes de pago de impuestos son aceptables.

La propiedad no necesita tener un contrato para los subsidios de la Sección 8 basados en proyectos. Los inquilinos con certificados o vales de la sección 8 no afectan la elegibilidad.

Requisitos adicionales del programa

1. **Acceso para la inspección:** Los propietarios e inquilinos deberán proporcionar al personal del departamento de salud de la Ciudad acceso a la unidad y a las áreas comunes antes, durante y al finalizar la actividad de control de riesgos.
2. **Desplazamiento de inquilinos:** Los propietarios deben comprometerse a **no desplazar permanentemente a los inquilinos**. Los inquilinos pueden ser reubicados temporalmente según lo requiera la **Ley Uniforme de Reubicación** durante el proceso de remediación.
3. **Propiedades históricas:** Las propiedades que figuran en los inventarios históricos locales o federales deben cumplir con las **Normas de Rehabilitación del Secretario del Interior**.
4. **Contratistas:** La ciudad de New Haven proporcionará una lista de **contratistas con licencia** si lo solicita. El dueño de la propiedad es responsable de seleccionar y contratar a un contratista certificado.
5. **Financiamiento del préstamo:** Si el proyecto de remediación excede el monto del préstamo, se puede solicitar una unidad de alto costo a HUD. Si la solicitud de alto costo es denegada, el

propietario debe cubrir la diferencia con fondos privados antes de que se liberen los fondos. La relación contractual de la ciudad de New Haven es con el dueño de la propiedad. Los pagos se realizarán en hasta **dos cuotas**, y el pago final se retendrá hasta que el Departamento de Salud de la Ciudad emita una **carta de cumplimiento**.

6. **Cumplimiento de Vivienda Justa:** Los propietarios deben adherirse a **las regulaciones de vivienda justa** y anunciar activamente las unidades vacantes a nivel local.

Política de no discriminación

Es política de la Ciudad de New Haven administrar todos los programas de manera no discriminatoria. Las solicitudes de préstamos para el control de riesgos de pintura a base de plomo se aceptarán y procesarán sin tener en cuenta la raza, religión, color, origen nacional, sexo, discapacidad u orientación sexual del solicitante. Si algún solicitante requiere adaptaciones razonables para solicitar estos fondos como resultado de una discapacidad, puede solicitarlas comunicándose con el Departamento de Salud.

Aviso de la Ley de Privacidad

La información proporcionada como parte del proceso de solicitud de préstamo debe ser utilizada por la agencia que la recopila o sus cesionarios para determinar si usted califica como un posible deudor hipotecario bajo este programa. No se divulgará fuera de la agencia, excepto según lo requiera y permita la ley. No está obligado a proporcionar esta información, pero si no lo hace, su solicitud de aprobación como posible deudor hipotecario o prestatario puede retrasarse o rechazarse.

La información solicitada en este formulario está autorizada por el Título 38, USC, Capítulo 37 (si VA); por 12 USC Sección 1701 et. seq. (si HUD/FHA); por 42 USC, Sección 1452b (si HUD/CPD); y Título 42 USC, 1471 et. Seq., o 7 USC, 1921 et. seq., (si USDA/fmHA).

424 Chapel Street, 1er piso • New Haven, Connecticut 06511 • 203-946-6999

Justin Elicker, Alcalde • Maritza Bond, MPH, Directora de Salud

Programa de Préstamos para la Producción de Hogares Saludables

Se adjuntan los materiales de solicitud para el Programa de Préstamos para la Producción de Hogares Saludables de la Ciudad de New Haven. Si está interesado en solicitar el programa, complete la solicitud y comuníquese con el Departamento de Salud de New Haven para programar una cita para revisar su solicitud.

Además de la solicitud completa, se requieren los siguientes documentos de respaldo:

Para Arrendadores/Dueños de Propiedades

- Copia de la escritura de propiedad (con descripción de la propiedad)
- Copia de la póliza de seguro de propiedad
- Copias de cuatro (4) estados de cuenta hipotecarios recientes o una verificación de la(s) hipoteca(s) del titular de la hipoteca Solicitud complementaria completada para su hogar (formulario adjunto)
- Copias de cuatro (4) talones de pago consecutivos y actualizados para todos los miembros adultos de su hogar (si corresponde) **(SI LA UNIDAD ESTÁ OCUPADA POR EL PROPIETARIO)**
- Cualquier otra documentación de ingresos para justificar los ingresos del hogar, es decir, declaraciones de seguro social (formulario SSA-1099 y declaración mensual), declaraciones de ingresos de seguridad suplementarios, anualidades o pensiones, ingresos de asistencia estatal, etc. **(SI LA UNIDAD ESTÁ OCUPADA POR EL PROPIETARIO)**
- Copias de contratos de alquiler

Para inquilinos (unidades de alquiler ocupadas)

El dueño de la propiedad recopilará la siguiente información de los inquilinos para verificar la elegibilidad:

- Solicitud complementaria completada por el hogar del inquilino
- Copias de cuatro (4) talones de pago consecutivos para todos los miembros adultos del hogar del inquilino O declaraciones de impuestos O W2 (si corresponde)
- Cualquier otra documentación de ingresos para justificar los ingresos del hogar (es decir, declaraciones de seguro social (formulario SSA-1099 y declaración mensual), declaraciones de ingresos de seguridad suplementarios, anualidades o pensiones, ingresos de asistencia estatal, etc.)

Información de contacto

Para obtener más información sobre cómo participar en el **Programa de Hogares Saludables**, comuníquese con:

Departamento de Salud de la Ciudad de New Haven
424 Chapel St, 1er piso
New Haven, CT 06511

424 Chapel Street, 1er piso • New Haven, Connecticut 06511 • 203-946-6999

Justin Elicker, Alcalde • Maritza Bond, MPH, Directora de Salud

Teléfono: (203) 901-0038

Asegúrese de enviar todos los documentos requeridos con su solicitud para evitar retrasos en el procesamiento.

Carta de Intención

Yo/Nosotros, los abajo firmantes propietario(s) de la propiedad ubicada en _____ en la Ciudad de New Haven hemos presentado la Solicitud Preliminar para participar en el Programa de Hogares Saludables. Entiendo que la propiedad está siendo considerada para recibir fondos para el trabajo de remediación de Healthy Homes. Entiendo que el siguiente paso en el proceso de calificación es que el Departamento de Salud de la Ciudad de New Haven evalúe la propiedad para detectar la presencia de un peligro saludable en el hogar, si esto aún no ha ocurrido.

Entiendo que podemos hacer reparaciones en la estructura antes de que comience el proyecto, siempre que haga que la Ciudad revise lo que planeo hacer, de lo contrario, la prueba encargada por la Ciudad puede verse comprometida y, en última instancia, seré responsable si ocurrieran peligros adicionales.

También entiendo que cualquier residente que resida en la propiedad mencionada anteriormente debe recibir un aviso previo por escrito de los posibles trabajos de remediación y de la probabilidad de que se requiera una reubicación temporal en caso de que se realicen los trabajos de remediación. Entiendo que antes de firmar esta carta de intención, debo obtener cartas de compromiso de reubicación (durante la duración de la remediación) del inquilino.

Por la presente, doy mi consentimiento a la Ciudad para proceder con la evaluación de Hogares Saludables. También me comprometo a proporcionar toda la documentación requerida dentro de los 35 días posteriores a mi solicitud. En caso de que no cumpla sin la debida notificación, mi solicitud se considerará una solicitud de menor prioridad.

¡Entendemos que las condiciones de este préstamo diferido se aplicarán durante cinco (5) años a partir de la fecha del contrato ejecutado entre la Ciudad y el propietario del edificio residencial.

Condiciones de participación en el programa:

1. Mantenimiento y Monitoreo de Propiedades

- La propiedad se mantendrá de acuerdo con las regulaciones de la Ciudad, con monitoreo realizado por funcionarios de la Ciudad.
- El propietario permitirá que los inspectores de la ciudad ingresen a la propiedad y a todas las unidades en horarios razonables.
- Se llevarán a cabo las medidas del propietario designadas en el plan de remediación (especificación).

2. Hipoteca, impuestos y tarifas

- La(s) hipoteca(s), los impuestos sobre la propiedad de la ciudad y las tarifas de la ciudad permanecerán vigentes durante todo el plazo del contrato.

3. Estándares de Ingresos y Alquileres de HUD

- Los estándares impuestos por HUD para ingresos y alquileres permanecerán vigentes. Para las propiedades que estaban vacantes en el momento de la remediación, los formularios de ingresos/alquiler para cada nuevo inquilino deben enviarse al Departamento de Salud de New Haven **dentro de los diez (10) días posteriores a la firma del contrato de arrendamiento.**

4. Gravamen

- La Ciudad presentará un gravamen sobre la propiedad durante el plazo del acuerdo de préstamo.

5. Seguridad en el sitio de construcción

- Una vez que comience la remediación, me abstendré de ingresar al sitio de remediación e instruiré a los residentes para que hagan lo mismo hasta que el Departamento de Salud emita la autorización.

6. Responsabilidades de reubicación

- Entiendo mi/nuestras responsabilidades de informar a los residentes del edificio sobre el proceso de reubicación y de hacer cumplir las políticas de reubicación, incluidos los horarios, las condiciones y la implementación.

7. Propiedad personal

- La ciudad de New Haven y el contratista de remediación no serán responsables de los objetos de valor personales que queden en la propiedad. Se aconseja a los residentes que retiren los equipos electrónicos, joyas y otros objetos de valor del área de remediación.

8. Selección de contratistas

- Entiendo que la lista de contratistas proporcionada por la Ciudad de New Haven es una recomendación, y es mi / nuestra responsabilidad contratar a un contratista calificado para garantizar que el proyecto se mantenga a tiempo y se complete dentro **de los sesenta (60) días** posteriores a la carta de compromiso de la Ciudad.
 1. Si no se puede cumplir con el cronograma, me pondré en contacto con el Gerente del Programa de la Ciudad de New Haven para solicitar una extensión. Cualquier sobrecosto durante este período será mi / nuestra responsabilidad.

CIUDAD DE NEW HAVEN
Departamento de Salud



424 Chapel Street, 1er piso • New Haven, Connecticut 06511 • 203-946-6999

Justin Elicker, Alcalde • Maritza Bond, MPH, Directora de Salud

Nombre impreso

Firma

Nombre impreso

Firma

Fecha _____

Dirección de la propiedad _____

424 Chapel Street, 1er piso • New Haven, Connecticut 06511 • 203-946-6999

Justin Elicker, Alcalde • Maritza Bond, MPH, Directora de Salud

Solicitud del Programa de Préstamos para Viviendas Saludables

Fecha _____

La información recopilada a continuación se utilizará para determinar si usted califica como prestatario bajo el programa de Hogares Saludables de la Ciudad de New Haven. No se divulgará fuera de esta oficina sin su consentimiento, excepto a su empleador para la verificación de ingresos y empleo y a las instituciones financieras para la verificación de la información, y según lo requiera y permita la ley.

Indicaciones:

- Todas las personas que soliciten los fondos de Hogares Saludables deben completar esta Solicitud de Hogares Saludables. Los solicitantes de entidades comerciales deben completar las páginas 6 y 8.
- Los residentes de cada unidad deben completar la Solicitud Suplementaria de Información de la Unidad de Alquiler.
- Si usted es el Solicitante y ocupa una unidad, se deben completar tanto esta Solicitud de Hogares Saludables como la Solicitud Suplementaria-Información de la Unidad de Alquiler.

Dirección de la propiedad: _____

Número total de unidades: _____ Número de unidades para esta aplicación: _____

Nombre del dueño de la propiedad tal como aparece en la escritura: _____

¿Ha recibido usted y/o cualquier co-solicitante y/o entidad comercial controlada por usted (si corresponde) alguna vez una subvención a largo plazo de la Ciudad?

No Sí En caso afirmativo, sírvase proporcionar lo siguiente:

Ubicación de la propiedad: _____ Propósito: _____

Fecha del préstamo/concesión: _____ Monto: _____ Status: _____

¿Está solicitando como una corporación, LLC u otra entidad comercial?

No En caso negativo, proceda a Información individual del solicitante Sí, en caso afirmativo, proporcione lo siguiente:

Nombre de la entidad: _____ A #: _____

Dirección postal: _____

Número de teléfono: _____

Nombre(s) y Título(s) del(los)

Director(es) _____

¿Es la entidad una organización sin fines de lucro? No Sí En caso afirmativo, adjunte la carta de determinación del IRS y la resolución del secretario de autorización

424 Chapel Street, 1er piso • New Haven, Connecticut 06511 • 203-946-6999

Justin Elicker, Alcalde • Maritza Bond, MPH, Directora de Salud

Información individual del solicitante

Apellido: _____ Nombre: _____

Número de teléfono: (____) _____ Fecha de nacimiento: _____

_____ [] Propio [] Alquiler

Actual Dirección N°. de años (si son menos de 2 años)

_____ [] Propio [] Alquiler

Antigua dirección

Estado civil: [] Casado [] Soltero (soltero, divorciado o viudo) [] Separado

Nombre del cónyuge: _____

Empleo: ¿Trabajador por cuenta propia? [] Sí [] No Nombre de la

empresa/empleador: _____

Dirección N° de teléfono

Título del puesto Años/meses en el trabajo

Nombre, dirección y código postal del empleador anterior (si el puesto actual tiene menos de 2 años)

Información del co-solicitante

Apellido: _____ Nombre: _____

Número de teléfono: (____) _____ fecha de nacimiento: _____

_____ [] Propio [] Alquiler

Actual Dirección N°. de años (si son menos de 2 años)

_____ [] Propio [] Alquiler

Antigua dirección

Estado civil: [] Casado [] Soltero (soltero, divorciado o viudo) [] Separado

Nombre del cónyuge: _____

Empleo: ¿Trabajador por cuenta propia? [] Sí [] No Nombre de la empresa/empleador: _____

Dirección N° de teléfono

Título del puesto Años/meses en el trabajo

Nombre, dirección y código postal del empleador anterior (si el puesto actual tiene menos de 2 años)

CIUDAD DE NEW HAVEN

Departamento de Salud



424 Chapel Street, 1er piso • New Haven, Connecticut 06511 • 203-946-6999

Justin Elicker, Alcalde • Maritza Bond, MPH, Directora de Salud

Los requisitos del Programa de Hogares Saludables me fueron explicados por _____. Entiendo que, de acuerdo con las regulaciones que rigen las fuentes de financiamiento utilizadas para este préstamo, estoy obligado a poner las unidades de alquiler a disposición de las personas descritas como de ingresos bajos o muy bajos durante un período de asequibilidad igual al plazo del préstamo, que es de **cinco años** para el Programa de Hogares Saludables. También estoy obligado a informar anualmente de la ocupación de cualquier unidad de alquiler y los ingresos del hogar de esas unidades durante el plazo del préstamo.

Firma de Applicant _____ Date _____
Firma de Co-Applicant _____ Date _____

La ciudad de New Haven es un proveedor de asistencia para la igualdad de oportunidades de vivienda. Ninguna persona, por motivos de raza, color, religión, género, orientación sexual, por origen nacional, será excluida de la participación, se le negarán los beneficios o será objeto de discriminación en cualquier programa o actividad que reciba asistencia financiera federal del Departamento de Vivienda y Desarrollo Urbano.

Firma de Applicant _____ Date _____
Firma de Co-Applicant _____ Date _____

Divulgación general: Afirmo que no soy un empleado de la Ciudad, un funcionario electo del Gobierno de la Ciudad de New Haven, uno con poder o control sobre el proceso aquí administrado, ni un miembro del hogar de ninguna de las entidades mencionadas anteriormente.

Firma de Applicant _____ Date _____
Firma de Co-Applicant _____ Date _____

Aviso de la Ley de Privacidad: Esta información debe ser utilizada por la agencia que la recopila o sus cesionarios para determinar si usted califica como un posible deudor hipotecario bajo este programa. No se divulgará fuera de la agencia, excepto según lo requiera y permita la ley. No está obligado a proporcionar esta información, pero si no lo hace, su solicitud de aprobación como posible deudor hipotecario o prestatario puede retrasarse o rechazarse. La información solicitada en este formulario está autorizada por el Título 38, USC, Capítulo 37 (si VA); por 12 USC Sección 1701 et. seq. (si HUD/FHA); por 42 USC, Sección 1452b (si HUD/CPD); y Título 42 USC, 1471 et. Seq., o 7 USC, 1921 et. seq., (si USDA/fmHA). Por la presente, reconozco que he recibido una copia del Aviso de la Ley de Privacidad.

Firma de Applicant _____ Date _____
Firma de Co-Applicant _____ Date _____

La información proporcionada en esta solicitud es verdadera y completa a mi leal saber y entender. Doy mi consentimiento para la divulgación de toda la información necesaria o razonablemente relacionada con la revisión y el procesamiento de esta solicitud y la documentación de respaldo relacionada con la solicitud de asistencia financiera. Permito/permitimos que la Ciudad de New Haven acceda a la información de la primera hipoteca y cualquier otra información relevante relacionada con esta solicitud y según se aplique a este préstamo. Entiendo que cualquier declaración errónea de un hecho material será motivo de descalificación.

Firma de Applicant _____ Date _____
Firma de Co-Applicant _____ Date _____

**DECLARACIÓN JURADA DE NO COLUSIÓN
(INCLUIDA LA DIVULGACIÓN DE OBLIGACIONES A/INTERÉS EN NEGOCIOS CON LA CIUDAD DE NEW HAVEN)**

1. Personalmente compareció _____ who, estando debidamente juramentado, depone y dice que:
2. Soy/Somos mayores de dieciocho años y entiendo la obligación de un juramento.
3. Soy/Somos el propietario de _____ that presentado una solicitud, oferta, propuesta, solicitud a la Ciudad de New Haven para un contrato, acuerdo, subvención, préstamo y actuó a título individual o, si es una entidad, en nombre de dicha entidad, según sea el caso.
4. Estoy/Estamos plenamente informados del contenido de dicha solicitud/oferta/propuesta/solicitud y de todos los hechos y circunstancias pertinentes relativos a la misma.
5. Dicha solicitud, licitación, propuesta, solicitud es genuina y no es colusoria ni una farsa.
6. Ni dicha persona (incluida ninguna de sus familias inmediatas según se define en la Sección 12-5/8 de la ordenanza local) / entidad ni ninguno de sus funcionarios, socios, propietarios, agentes, representantes, empleados, afiliados o partes interesadas, incluido este declarante, ha coludido, conspirado, confabulado o acordado de ninguna manera, directa o indirectamente con cualquier otra persona / entidad para presentar una solicitud / oferta / propuesta / solicitud colusoria o falsa en relación con el contrato / acuerdo / subvención / préstamo para el cual se ha presentado la solicitud/oferta/propuesta/solicitud o abstenerse de solicitar/licitar/proponer/solicitar en relación con dicho contrato/acuerdo/subvención/préstamo, o ha buscado de cualquier manera, directa o indirectamente, mediante acuerdo o colusión o comunicación o conferencia con cualquier otra persona / entidad fijar los precios / cotizaciones / estimaciones / costos / gastos generales / cifras / ganancias / monto de la solicitud / oferta / propuesta / solicitud o de cualquier otra persona / entidad, o para fijar lo mismo de la aplicación / oferta / propuesta / solicitud / precios / cotizaciones / estimaciones / costos / gastos generales / cifras / ganancias / monto de cualquier otro individuo / entidad, o para asegurar a través de cualquier colusión, conspiración / connivencia o acuerdo ilegal cualquier ventaja contra la Ciudad de New Haven o cualquier individuo / entidad interesada en la solicitud / oferta / propuesta / solicitud propuesta.
7. Los precios/cotizaciones/estimaciones/costos/gastos generales/cifras/ganancias/monto en el contrato/acuerdo/subvención/préstamo son justos y apropiados y no están contaminados por ninguna colusión, conspiración, connivencia o acuerdo ilegal por parte de la persona/entidad o cualquiera de sus funcionarios, socios, propietarios, agentes, representantes, empleados, afiliados o partes interesadas, incluido este declarante; y
8. Ningún concejal u otro empleado o persona / entidad elegida / designada por la ciudad / estado / federal cuyo salario/compensación sea pagadero en su totalidad o en parte con fondos de la ciudad, estado o federal esté directa o indirectamente interesado en/se beneficiará financieramente por/tiene alguna posición de participar en un proceso de toma de decisiones u obtener información privilegiada sobre la solicitud / licitación / propuesta / solicitud o en los suministros, materiales, equipos, obras o mano de obra a los que se refiera, o en cualquiera de los beneficios de los mismos (Este párrafo se denomina en lo sucesivo "conflicto de intereses").
9. La persona/entidad a la que se hace referencia en el párrafo 2 anterior no tiene obligaciones financieras o de otro tipo pendientes con la Ciudad de New Haven o con cualquier gobierno estatal o federal que

424 Chapel Street, 1er piso • New Haven, Connecticut 06511 • 203-946-6999

Justin Elicker, Alcalde • Maritza Bond, MPH, Directora de Salud

financie la actividad de la persona/entidad, ni es parte de una demanda que pueda afectar el uso de los fondos que se derivarán del contrato/acuerdo/subvención/préstamo.

10. La persona/entidad ha presentado una lista de bienes personales/inmuebles sujetos a impuestos ante la Ciudad de New Haven y no está en mora en la misma.
11. El Anexo A adjunto, que se incorpora al presente documento como si estuviera establecido, contiene una lista de los nombres, direcciones particulares/comerciales, números de teléfono y títulos de los funcionarios, socios, propietarios, agentes, representantes, empleados, afiliados o partes interesadas de la persona/entidad, incluido este declarante, así como cualquier conflicto de intereses como se describe en el párrafo número 7 anterior, y cualquier ley local, estatal o federal aplicable, que involucre a los mismos.
12. El Anexo A adjunto contiene además una lista de cualquier miembro de mi familia inmediata que esté empleado por la Ciudad de New Haven o que sea miembro de juntas, comisiones, agencias o grupos de trabajo de la ciudad.
13. A excepción de lo que se divulga en el Anexo A adjunto, el declarante no es y ningún miembro de su familia inmediata no es un empleado de la ciudad o, habiendo sido un empleado de la ciudad en los últimos 12 meses, busca empleo con cualquier individuo/entidad que participe en negocios con la Ciudad de New Haven.
14. A excepción de lo que se indica en el Anexo A adjunto, el declarante no ha solicitado, y ningún miembro de su familia inmediata ha solicitado dentro de los últimos doce meses ningún programa o beneficio de la ciudad/estado/federal sobre el cual haya tenido control, influencia o autoridad discrecional.
15. A excepción de lo que se indica en el Anexo A adjunto, la persona/organización no tiene intención de realizar transacciones comerciales con ninguna persona/organización relacionada y/o afiliada.

Nombre(s) del declarante(s)

ESTADO DE CONNECTICUT)

) ss: New Haven

CONDADO DE NEW HAVEN)

Personalmente apareció _____ de _____

que se identificó como tal y que suscribió y juró la verdad de lo anterior ante mí este día _____ de _____ de 20 _____.

Comisionado del Tribunal Superior
Notario Público
Mi comisión expira el:

424 Chapel Street, 1er piso • New Haven, Connecticut 06511 • 203-946-6999

Justin Elicker, Alcalde • Maritza Bond, MPH, Directora de Salud

ANEXO "A"

*Enumere sus respuestas a los puntos 10 a 14 a continuación. Si su respuesta es ninguna, por favor escriba en letra de imprenta o escriba "N/A". **La(s) firma(s) del solicitante debe aparecer en este anexo.***

10.

11.

12.

13.

14.

Firma(s) del declarante(s)

424 Chapel Street, 1er piso • New Haven, Connecticut 06511 • 203-946-6999

Justin Elicker, Alcalde • Maritza Bond, MPH, Directora de Salud

1421 - Declaración Jurada de Elegibilidad

(Debe ser notariado)

Re: Solicitud para el Programa de Préstamos de Hogares Saludables para la propiedad situada en la ciudad de New Haven en: _____
(Dirección de la propiedad)

Yo/We _____, habiendo sido previamente juramentado, depongo y afirmo que:
(Nombre del Propietario o Agente del Propietario)

Por favor, marque todo lo que corresponda:

- Es el propietario y residente de la propiedad mencionada anteriormente.
- Él/Ella residirá en la propiedad mencionada anteriormente después de que se haya remediado los peligros.
- Reside actualmente en _____ y el inmueble que figura en la lista es de alquiler.
- El solicitante, ni ningún miembro de su familia inmediata según se define en la Sección 12-5/8 del Código de Ordenanzas de New Haven, no tiene obligaciones financieras o de otro tipo morosas pendientes con la Ciudad de New Haven.
- Existen obligaciones financieras o de otro tipo pendientes con la Ciudad de New Haven por parte de este solicitante o miembros de su familia inmediata. (Enumere todas las obligaciones en una hoja separada e indique la naturaleza de la obligación, incluido cualquier acuerdo de pago con el Recaudador de Impuestos por impuestos atrasados).
- Ni el solicitante, ni ningún miembro de su familia inmediata, ha dejado de presentar una lista de bienes personales sujetos a impuestos ante la Ciudad de New Haven como lo exige la ley estatal.
- Ni el solicitante, ni ningún miembro de su familia inmediata, es propietario, socio o funcionario de ninguna entidad comercial. (Si el solicitante o los familiares inmediatos son propietarios o socios de una entidad comercial, enumere la sección a continuación).

Nombre	Nombre de la empresa	Cargo ocupado	% de interés propio	Relación con el solicitante

Nombre impreso _____ Firma _____ Fecha _____
 Suscrito y juramentado ante mí este _____ day de _____ de 20_____
 Notario: Mi comisión vence _____ day de _____ de 20_____

424 Chapel Street, 1er piso • New Haven, Connecticut 06511 • 203-946-6999

Justin Elicker, Alcalde • Maritza Bond, MPH, Directora de Salud

Programa de Préstamos para Viviendas Saludables

1421 - Declaración Jurada de Elegibilidad

Certificación del Recaudador y Tasador de la Información en la Página Anterior

**Certificación del Recaudador de Impuestos en
cuanto al solicitante:**

No se adeudan impuestos atrasados

Impuestos atrasados con el acuerdo actual

Impuestos atrasados con acuerdo por defecto

**Certificación del Asesor en cuanto al
Solicitante:**

Lista actual de bienes imponibles presentados

No se requiere una lista actual de bienes sujetos a impuestos.

**En cuanto a todas las entidades
comerciales**

No hay entidades comerciales en la lista.

No se adeudan impuestos atrasados

Impuestos atrasados con acuerdo de pago

Actual En incumplimiento

OK para procesar el acuerdo

**En cuanto a todas las entidades
comerciales**

No hay entidades comerciales en la lista.

Lista actual de bienes imponibles presentados

No se requiere una lista actual de bienes sujetos a impuestos.

OK para tramitar el acuerdo

Por: _____
Recaudador

Por: _____
Consejero

424 Chapel Street, 1er piso • New Haven, Connecticut 06511 • 203-946-6999

Justin Elicker, Alcalde • Maritza Bond, MPH, Directora de Salud

Programa de Préstamos para Viviendas Saludables

Declaración Jurada de Ocupación

Dirección de la propiedad: _____

Verifique el artículo aplicable a continuación:

- Por la presente doy fe de que los niños menores de seis (6) años residen actualmente en la dirección anterior.
- Por la presente doy fe de que ningún niño menor de seis (6) años reside actualmente en la dirección anterior.

Notificación de Evaluación de Hogar Saludable

- Entiendo que se realizará una evaluación para Hogares Saludables en la dirección anterior según lo requiera el financiamiento del programa.

Notificación de la evaluación de riesgos de clientes potenciales

- Entiendo que la evaluación del riesgo de la pintura a base de plomo para Hogares Saludables se realizará en la dirección anterior según lo requiera el financiamiento del programa.
- Entiendo que si se descubre pintura a base de plomo o tierra contaminada con plomo en la unidad o áreas comunes donde reside un niño menor de seis (6) años y representa un riesgo para la salud del niño, recibiré una carta de pedido de plomo que requiere que se aborde el peligro. Esta orden se registrará con el Secretario de la Ciudad en los registros de tierras de la Ciudad y permanecerá en efecto hasta que se complete la remediación necesaria.

Notificación de pruebas de radón

- Entiendo que las pruebas de radón se llevarán a cabo en la dirección mencionada anteriormente como un requisito del programa, y que las pruebas serán realizadas por un contratista externo.

Propietario/Solicitantes Firma a continuación:

Nombre impreso

Firma

Nombre impreso

Firma

Fecha

424 Chapel Street, 1er piso • New Haven, Connecticut 06511 • 203-946-6999

Justin Elicker, Alcalde • Maritza Bond, MPH, Directora de Salud

**Programa de Préstamos para Viviendas Saludables
Solicitud Suplementaria - Información de la Unidad de Alquiler**

A COMPLETAR POR EL INQUILINO

Dirección: _____ Unidad: _____ Alquiler mensual: \$ _____

Nombre de contacto del residente: _____

Número de niños menores de 6 años: _____

Teléfono de contacto del residente: _____

Por favor, proporcione la siguiente información sobre todos los hogares que serán remediados con los fondos del Programa Hogar Saludable. Haga tantas copias adicionales como sea necesario.

Composición del hogar

Haga una lista de todos los miembros que viven en la residencia de la unidad. Entregue la relación de cada miembro de la familia al Jefe de Hogar.

<u>Nombre completo</u>	<u>Parentesco</u>	<u>Fecha de nacimiento</u>	<u>Anual Income</u>
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

Por favor, marque con un círculo sí o no para las siguientes preguntas:

- | | | |
|--|----|----|
| 1. ¿El alquiler incluye los servicios públicos? | Sí | No |
| 2. ¿Vive con usted alguien ahora que no esté en la lista anterior? | Sí | No |
| 3. ¿Alguien planea vivir con usted en el futuro que no esté en la lista? | Sí | No |

Explique a continuación si respondió "Sí" a la pregunta 2 o 3:

424 Chapel Street, 1er piso • New Haven, Connecticut 06511 • 203-946-6999

Justin Elicker, Alcalde • Maritza Bond, MPH, Directora de Salud

Información de ingresos anuales para todas las personas mayores de 18 años

Fuente	Jefe de Casa	Otro Ocupante	Otro Ocupante	Total
Salario (bruto anual)				
Pago de horas extras				
Comisiones				
Honorarios				
Consejos				
Bonos				
Intereses/Dividendos				
Ingresos netos del negocio				
Ingresos netos por alquiler				
Seguridad de la Sociedad, Pensiones, Fondos de Jubilación, etc.				
Prestaciones por desempleo				
Compensación de Trabajadores				
Pensión alimenticia, manutención de los hijos				
Pagos de asistencia social				
Otro				
Total				

La información proporcionada en este suplemento es verdadera y completa a mi leal saber y entender. Doy mi consentimiento para la divulgación de toda la información necesaria y razonable en relación con la revisión y el procesamiento de esta documentación. Entiendo que cualquier declaración errónea de un hecho material será motivo de descalificación.

Firma del Jefe de Familia

Fecha

Firma de otro ocupante

Fecha

Firma de otro ocupante

Fecha

**Programa de Préstamos para Viviendas Saludables
Carta de Compromiso del Residente para Reubicarse**

Nombre del Arrendador/Propietario	
Dirección postal del arrendador/propietario	
Dirección de la propiedad	
Fecha	

Estimado Arrendador/Propietario:

Por la presente, reconozco la residencia actual en la propiedad mencionada anteriormente. La propiedad está programada para recibir fondos de Healthy Homes de la ciudad de New Haven.

Se espera que las unidades de remediación proporcionen un entorno más saludable para los niños, las mujeres embarazadas y los adultos. Además, entiendo y reconocemos que el trabajo de construcción en esta propiedad requerirá que nosotros, como residentes, seamos reubicados temporalmente en otras instalaciones. Acepto/acordamos que si dicha reubicación se hace necesaria, por la presente nos comprometemos a mudarnos temporalmente. Seremos consultados en cuanto a nuestras necesidades.

Se entiende que no incurriremos en gastos adicionales por nuestra reubicación temporal. Entiendo que se espera que paguemos el alquiler y los servicios públicos como de costumbre, según nuestro contrato de arrendamiento actual con nuestro arrendador. Entiendo que necesitaremos que nuestras posesiones se muevan fuera de la unidad durante la reubicación. Entiendo que tendremos que quitar todos los tratamientos de las ventanas en todas las habitaciones.

Firma del ocupante

Fecha

Firma del ocupante

Fecha

Número de teléfono del ocupante

Fecha

424 Chapel Street, 1er piso • New Haven, Connecticut 06511 • 203-946-6999

Justin Elicker, Alcalde • Maritza Bond, MPH, Directora de Salud

Programa de Hogares Saludables
Información demográfica

El Programa de Producción de Hogares Saludables está financiado por el Departamento de Vivienda y Desarrollo Urbano de los Estados Unidos (HUD, por sus siglas en inglés). El Departamento de Vivienda y Desarrollo Urbano (HUD, por sus siglas en inglés) requiere que reportemos información étnica y racial de los hogares que viven en apartamentos que son parte del programa. HUD usa esta fecha solo con fines estadísticos.

Marque las casillas que mejor describan el origen étnico y la raza de su hogar:

ETNIA (seleccione solo una)

Hispano (H)	<input type="checkbox"/>
No hispanos	<input type="checkbox"/>

CARRERA (seleccione una o más)

Indio americano o nativo de Alaska	<input type="checkbox"/>
Asiático	<input type="checkbox"/>
Negro o afroamericano (B)	<input type="checkbox"/>
Nativo de Hawái u otras islas del Pacífico	<input type="checkbox"/>
Blanco (W)	<input type="checkbox"/>
Indio Americano o Nativo de Alaska y Blanco	<input type="checkbox"/>
Asiáticos y blancos	<input type="checkbox"/>
Negro o afroamericano y blanco (B/N)	<input type="checkbox"/>
Indios americanos o nativos de Alaska y negros o afroamericanos	<input type="checkbox"/>
Otros (por escrito):	<input type="checkbox"/>

Dirección del inquilino _____ Apartamento Número _____