

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

### **Programa de Préstamos para el Control de Riesgos de Plomo**

#### **Misión**

Proteger la salud de los niños eliminando el envenenamiento por plomo en la infancia.

#### **Descripción general del programa y elegibilidad básica**

El propósito principal del programa es reducir la exposición de los niños pequeños a los peligros de la pintura a base de plomo en sus hogares. A los dueños de propiedades elegibles se les ofrecerá un préstamo condonable de cinco años de hasta \$15,000 por unidad para el control del peligro del plomo según lo identificado en el plan de reducción de plomo de la Ciudad.

- **Términos del préstamo:**
  - 0% de interés
  - Plazo de 5 años
  - Condonado al 20% anual durante el plazo del préstamo
- Los propietarios son responsables de cualquier costo que exceda el monto del préstamo.

Prioridad para las solicitudes de préstamos

Las solicitudes se priorizarán en función de las siguientes situaciones de vivienda:

1. Propiedades con una orden de reducción del Departamento de Salud de la Ciudad de New Haven.
2. Unidades ocupadas por niños de 6 años o menos.
3. Unidades ocupadas por adultos de 62 años o más.
4. Unidades desocupadas o ocupadas por el propietario destinadas a niños de 6 años o menos después de que se completen las actividades de control del peligro del plomo.
5. Viviendas construidas antes de 1978 donde residen o es probable que residan niños pequeños o adultos mayores (62+ años).

#### **Seguro de propiedad y requisitos fiscales**

- Los propietarios deben tener suficiente **seguro de propiedad** para cubrir tanto el préstamo de reducción como cualquier otro saldo de préstamo existente 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.

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

### **Restricciones de ingresos y alquiler para viviendas de alquiler**

Para propiedades de alquiler que reciben préstamos para el control de riesgos de plomo:

- Al menos el 50% de las unidades deben estar ocupadas o puestas a disposición de familias con ingresos iguales o inferiores al 50% del ingreso medio del área (AMI), según lo definido anualmente por HUD.
- Las unidades restantes deben estar ocupadas o puestas a disposición de familias con ingresos iguales o inferiores al 80% del AMI.

Para viviendas ocupadas por el propietario que reciben préstamos para el control de riesgos de plomo:

- Todas las unidades deben ser la residencia principal de familias con ingresos iguales o inferiores al 80% del AMI.

Padres:

- Los alquileres no deben exceder los límites del programa HOME según lo determine anualmente HUD.
- Durante el período de asequibilidad de 5 años, se supervisará el cumplimiento de la propiedad con estos requisitos de alquiler e ingresos. Los propietarios son responsables de presentar verificaciones semestrales de ingresos y alquileres a la ciudad de New Haven.

Los inquilinos con vales o certificados de la Sección 8 no afectan la elegibilidad para el programa

### **Requisitos adicionales del programa**

1. Acceso para la inspección: Los propietarios e inquilinos deben proporcionar a los inspectores de salud de la Ciudad acceso a la unidad antes, durante y después del trabajo de control de riesgos de plomo.
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 reducción.
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 de reducción de plomo con licencia si lo solicita. El dueño de la propiedad es responsable de seleccionar y contratar a un contratista certificado de reducción de plomo.
5. Financiamiento del préstamo: Si el proyecto de reducción excede el monto del préstamo, el propietario debe cubrir la diferencia con fondos privados antes de que se liberen los fondos del

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

Control de Riesgos de Plomo. 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**

La ciudad de New Haven se compromete a 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. Los solicitantes que necesiten adaptaciones razonables debido a una discapacidad pueden solicitar asistencia comunicándose con el Departamento de Salud.

### **Aviso de la Ley de Privacidad**

La información recopilada durante el proceso de solicitud de préstamo será utilizada por la agencia o sus cesionarios para determinar si el solicitante califica para un préstamo bajo este programa. Esta información no se divulgará fuera de la agencia, excepto según lo requiera o permita la ley. Proporcionar esta información es voluntario, pero no hacerlo puede retrasar o impedir el procesamiento de la solicitud.

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)

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

### **Requisitos de solicitud del Programa de Préstamos para Clientes Potenciales**

Se adjuntan los materiales de solicitud para el Programa de Préstamos para el Control de Riesgos de Plomo de la Ciudad de New Haven. Si está interesado en presentar una solicitud, complete la solicitud y comuníquese con el Departamento de Salud de New Haven para obtener información adicional.

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

#### **Para Arrendadores/Dueños de Propiedades**

Proporcione los siguientes documentos:

- Copia de la escritura de propiedad (incluida la descripción de la propiedad)
- Copia de su póliza de seguro de propiedad
- Copias de contratos de alquiler
  - Si no hay contrato de alquiler, se debe presentar una declaración notariada en su lugar.
- Copias de cuatro (4) estados de cuenta hipotecarios recientes o una verificación de la(s) hipoteca(s) del titular de la hipoteca.
  - Si no hay hipoteca, se debe presentar una declaración notariada en lugar de la documentación de la hipoteca.

#### **Para inquilinos (para unidades de alquiler ocupadas)**

Para procesar su solicitud de control de riesgos de plomo, el dueño de la propiedad deberá recopilar 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 y actualizados para todos los miembros adultos del hogar del inquilino (si corresponde)
- Una copia del W-2 más reciente o de la declaración de impuestos sobre la renta del IRS
  - Si no presentó impuestos, se debe presentar una carta notariada que lo indique.
- Documentación de ingresos adicional según sea necesario para justificar los ingresos del hogar, tales como:
  - Declaraciones del Seguro Social (formulario SSA-1099 y declaración mensual)
  - Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI, por sus siglas en inglés)
  - Estados de cuenta de anualidades o pensiones
  - Ingresos de asistencia estatal, etc.

#### Información de contacto

Para obtener más información sobre cómo participar en el Programa de Control de Riesgos del Plomo, comuníquese con:

Departamento de Salud de la Ciudad de New Haven  
424 Chapel St, 1er piso  
New Haven, CT 06511  
Teléfono: (203) 946-5382

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

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

### 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 Control de Riesgos de Plomo. Entiendo que la propiedad está siendo evaluada para obtener fondos para abordar la reducción del plomo. El siguiente paso en el proceso de calificación es que el Departamento de Salud de la Ciudad de New Haven analice la propiedad para detectar peligros de pintura a base de plomo, si esto aún no se ha hecho.

Entiendo que cualquier problema identificado durante la inspección y las pruebas, incluidos los peligros de la pintura a base de plomo, debe abordarse dentro de un plazo razonable, independientemente de si recibo/recibimos fondos del programa. Reconozco que se pueden hacer reparaciones a la propiedad antes de que comience el proyecto de reducción, siempre y cuando yo/nosotros hagamos que la Ciudad revise cualquier trabajo propuesto. La falta de obtención de esta aprobación puede afectar los resultados de las pruebas, y yo/nosotros seremos responsables en caso de envenenamiento por plomo.

También entiendo que todos los residentes de la propiedad mencionada anteriormente deben recibir un aviso previo por escrito sobre el próximo trabajo de reducción y la posibilidad de reubicación temporal durante el proceso. Además, reconozco que antes de firmar esta carta de intención, debo obtener cartas de compromiso de los inquilinos que acepten mudarse durante la duración del trabajo de reducción.

Por la presente, otorgo mi consentimiento para que la Ciudad de New Haven proceda con las pruebas de peligro de plomo y las inspecciones del código. También me comprometo a presentar toda la documentación requerida dentro de los 35 días posteriores a la presentación de mi solicitud. El incumplimiento sin previo aviso dará lugar a que mi/nuestra solicitud tenga una prioridad más baja.

Entiendo que los términos de este préstamo diferido serán vinculantes durante cinco (5) años a partir de la fecha en que se ejecute el contrato entre la Ciudad de New Haven y el dueño de la propiedad.

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.
  - Las medidas de reducción de plomo descritas en el plan de reducción se implementarán según lo especificado.
  - Todas las violaciones del código de vivienda serán corregidas y mantenidas durante la duración del plazo del contrato de cinco años.
  - Se seguirá el Plan de Gestión de Prospectos detallado en la Especificación de Prospectos.



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

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 reducción, 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 construcción, me abstendré de ingresar al sitio de construcción 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 la construcción 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 construcción.
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.
  - 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.
9. Estándares de seguridad para el plomo y cumplimiento de códigos
  - Entiendo que la propiedad se actualizará a los estándares de seguridad para el plomo y cumplirá con todos los códigos de construcción aplicables.

---

**Nombre impreso**

---

**Firma**

---

**Nombre impreso**

---

**Firma**

---

**Dirección de la propiedad**

---

**Fecha**



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

### Solicitud del Programa de Préstamos para el Control de Riesgos del Plomo

Fecha: \_\_\_\_\_

La información recopilada a continuación se utilizará para determinar si usted califica como prestatario bajo los Programas del Departamento de Salud 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 Control de Riesgos de Plomo deben completar esta Solicitud de Control de Riesgos de Plomo. Folios completos 8 y 10 de los solicitantes de entidades comerciales.
- Los residentes de cada unidad a ser reducida deben completar la Solicitud Suplementaria de Información de la Unidad de Alquiler.
- Si usted es el Solicitante y ocupa una unidad que se reducirá con fondos de Control de Riesgos de Plomo, tanto esta Solicitud de Control de Riesgos de Plomo como la Solicitud Suplementaria-Información de la Unidad de Alquiler deben completarse.

Dirección de la propiedad: \_\_\_\_\_

Número total de unidades: \_\_\_\_\_ Número de unidades para esta aplicación: \_\_\_\_\_

Nombre del propietario del inmueble 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: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_

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

- No, si no es así, proceda a la sección de Información del Solicitante Individual en la página siguiente
- Sí, en caso afirmativo, proporcione lo siguiente:

Entidad Name \_\_\_\_\_ A#: \_\_\_\_\_

Dirección postal: \_\_\_\_\_

Número de teléfono: \_\_\_\_\_

Nombre(s) y Cargo(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



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

Información individual del solicitante

Apellido: \_\_\_\_\_ Nombre: \_\_\_\_\_ inicial del segundo nombre: \_\_\_\_\_

Teléfono #: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Seguro Social #: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ [ ] Propio [ ] Alquiler
Dirección actual # de años si es inferior a 2 años

\_\_\_\_\_ [ ] Propio [ ] Alquiler
Dirección actual # de años si es inferior a 2 años

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 Teléfono # Posición Años/Meses en el Trabajo

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

Co-Solicitante Información del Solicitante

Apellido: \_\_\_\_\_ Nombre: \_\_\_\_\_ inicial del segundo nombre: \_\_\_\_\_

Teléfono #: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Seguro Social #: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ [ ] Propio [ ] Alquiler
Dirección actual # de años si es inferior a 2 años

\_\_\_\_\_ [ ] Propio [ ] Alquiler
Dirección actual # de años si es inferior a 2 años

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 Teléfono # Posición Años/Meses en el Trabajo

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





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

Los requisitos del Programa de Control de Riesgos de Plomo me fueron explicados por \_\_\_\_\_.  
Entiendo que, de acuerdo con las regulaciones que rigen las fuentes de financiamiento para este préstamo, estoy obligado a poner las unidades de alquiler a disposición de personas definidas como de ingresos bajos o muy bajos durante un período de asequibilidad igual al plazo del préstamo, que es de cinco (5) años bajo el Programa de Reducción de Plomo. Además, entiendo que estoy obligado a informar anualmente sobre la ocupación y los ingresos del hogar de cualquier unidad de alquiler durante la duración del plazo del préstamo.

Firma del solicitante: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Firma del cosolicitante: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

La ciudad de New Haven es un proveedor de igualdad de oportunidades de vivienda. Ninguna persona, por motivos de raza, color, religión, género, orientación sexual u 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 (HUD).

**Divulgación general:** Afirmo que no soy un empleado de la Ciudad, un funcionario electo del Gobierno de la Ciudad de New Haven, ni una persona con poder o control sobre el proceso descrito en este documento. Además, afirmo que no soy miembro del hogar de ninguna de las personas o entidades mencionadas anteriormente.

Firma del solicitante: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Firma del cosolicitante: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

La información proporcionada en esta solicitud es verdadera y completa según mi leal saber y entender. Doy mi consentimiento para la divulgación de toda la información necesaria o razonablemente relevante para la revisión y el procesamiento de esta solicitud, así como cualquier documentación de respaldo relacionada con la solicitud de asistencia financiera. Autorizo/autorizamos a la Ciudad de New Haven a acceder a la información de la primera hipoteca y cualquier otro detalle relevante relacionado con esta solicitud en lo que se refiere al préstamo. Entiendo que cualquier declaración errónea de un hecho material será motivo de descalificación.

Firma del solicitante: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Firma del cosolicitante: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

**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 del solicitante: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Firma del cosolicitante: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

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

**DECLARACIÓN JURADA DE NO COLUSIÓN (incluida la divulgación de obligaciones / interés en negocios con la ciudad de New Haven)**

1. Personalmente compareció \_\_\_\_\_ quien, estando debidamente juramentado, depone y dice que:
2. Soy/Somos mayores de dieciocho años y comprendemos la obligación de un juramento.
3. Soy/Somos el \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ (nombre de la entidad) que presentó una solicitud, licitación, propuesta o solicitud a la Ciudad de New Haven para un contrato, acuerdo, subvención o préstamo, y actúo 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 o solicitud es genuina y no es colusoria ni una farsa.
6. Ni dicha persona (incluyendo a ninguno de sus familiares inmediatos según se define en la Sección 12-5/8 de la ordenanza local) 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 ninguna otra persona/entidad para presentar una solicitud/oferta/propuesta/solicitud colusoria o falsa en relación con el contrato/acuerdo/subvención/préstamo para el que se ha presentado la solicitud/oferta/propuesta/solicitud, o abstenerse de solicitar/licitar/proponer/solicitar en relación con dicho contrato/acuerdo/subvención/préstamo. Además, no ha habido ningún esfuerzo para fijar precios/cotizaciones/estimaciones/costos/gastos generales/cifras/ganancias/montos de ninguna solicitud/oferta/propuesta/solicitud ni para asegurar ninguna ventaja contra la Ciudad de New Haven o cualquier parte interesada a través de un acuerdo o colusión.
7. Los precios/cotizaciones/estimaciones/costos/gastos generales/cifras/ganancias/montos en el contrato/acuerdo/subvención/préstamo son justos y apropiados y no han sido influenciados por ninguna colusión, conspiración 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.
8. Ningún concejal, funcionario electo, empleado designado de la ciudad/estado/gobierno federal, o persona/entidad cuyo salario/compensación sea pagadero en su totalidad o en parte con fondos de la ciudad, el estado o el gobierno federal está directa o indirectamente interesado o se beneficiará financieramente de esta solicitud/licitación/propuesta/solicitud o del contrato/acuerdo/subvención/préstamo asociado, ni tiene ninguna participación en el proceso de toma de decisiones ni acceso a información privilegiada sobre la solicitud. (En lo sucesivo se denominará "conflicto de intereses" este párrafo.)



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

- 9. La persona/entidad a la que se hace referencia en el párrafo 3 anterior no tiene obligaciones financieras o de otro tipo pendientes con la Ciudad de New Haven o cualquier gobierno estatal o federal que financie las actividades de la persona/entidad, ni es parte de ninguna demanda que pueda afectar el uso de los fondos derivados 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 contiene una lista de los nombres, direcciones particulares/comerciales, números de teléfono y cargos 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 8 anterior, y cualquier ley local, estatal o federal aplicable.
12. El Anexo A adjunto enumera además a 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, ni el declarante ni ningún miembro de su familia inmediata es un empleado de la Ciudad o, si es un ex empleado de la Ciudad, ha buscado empleo dentro de los últimos 12 meses con cualquier individuo/entidad involucrada en negocios con la Ciudad de New Haven.
14. A excepción de lo que se indica en el Anexo A adjunto, ni el declarante ni ningún miembro de su familia inmediata ha solicitado ningún programa o beneficio de la ciudad, estado o federal en los últimos doce meses sobre el cual hayan tenido control, influencia o autoridad discrecional.
15. A excepción de lo divulgado en el Anexo A adjunto, la persona / entidad no tiene intención de realizar transacciones comerciales con ninguna persona / entidad relacionada o afiliada.

Nombre(s) del declarante(s)

ESTADO DE CONNECTICUT )
ss: New Haven , 20
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:



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)



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

1421 - Declaración jurada de elegibilidad (debe ser notariada)

Re: Solicitud de Préstamo del Programa de Pintura a Base de Plomo para la propiedad ubicada en:

(Dirección de la propiedad)

Yo, \_\_\_\_\_ habiendo prestado juramento debido, depongo y afirmo que:
(Nombre del dueño de la propiedad 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 reducido para el plomo.
Actualmente reside en \_\_\_\_\_ y la propiedad 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.
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.

Table with 5 columns: Nombre, Nombre de la empresa, Cargo ocupado, % de interés propio, Relación con el solicitante

Nombre impreso Firma Fecha

Suscrito y juramentado ante mí este \_\_\_\_\_ día de \_\_\_\_\_, 20\_\_

Notario: Mi Comisión vence \_\_\_\_\_ día de \_\_\_\_\_ de 20\_\_

Firma notarial: \_\_\_\_\_



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

Programa de Control de Riesgos del Plomo
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:
Certificación del Evaluador en cuanto al Solicitante:

- \_\_\_ No se adeudan impuestos atrasados
\_\_\_ Impuestos atrasados con convenio vigente
\_\_\_ Impuestos atrasados con acuerdo por defecto
\_\_\_ Lista actual de bienes imponible presentados
\_\_\_ No se requiere la lista actual de bienes imponible

En cuanto a todas las entidades comerciales

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 default
\_\_\_ OK para procesar el acuerdo
\_\_\_ No hay entidades comerciales en la lista
\_\_\_ Lista actual de bienes imponible presentados
\_\_\_ No se requiere la lista actual de bienes imponible
\_\_\_ OK para procesar el acuerdo

Por: \_\_\_\_\_
Recaudador

Por: \_\_\_\_\_
Consejero



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

Programa de Control de Riesgos del Plomo
Acuse de recibo

Yo, \_\_\_\_\_, por la presente reconozco que he recibido una copia
del folleto titulado "Proteja a su familia del plomo en su hogar" con respecto a la propiedad ubicada en
\_\_\_\_\_.

Nombre impreso

Firma

Nombre impreso

Firma

Fecha



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

Programa de Control de Riesgos del Plomo
Declaración Jurada de Ocupación

Dirección de la propiedad:

Marque el artículo aplicable a continuación:

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

Notificación de pruebas de pintura con plomo

- Entiendo que las pruebas de pintura a base de plomo se realizarán 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





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

**Programa de Préstamos para el Control de Riesgos de Plomo  
Aplicación suplementaria**

Dirección: \_\_\_\_\_ Unit: \_\_\_\_\_ Alquiler mensual: \$ \_\_\_\_\_

Nombre de contacto del residente: \_\_\_\_\_ Número de teléfono: \_\_\_\_\_

Número de niños menores de 6 años: \_\_\_\_\_

Por favor, proporcione la siguiente información sobre todos los hogares que se reducirán con los fondos del Programa de Control de Riesgos por Plomo. Haga tantas copias adicionales como sea necesario.

**Composición del hogar (para el propietario y/o el inquilino)**

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.			
Nombre completo	Relación	Fecha de nacimiento	Ingresos Anuales
1. ¿El alquiler incluye los servicios públicos?			[ ] Sí [ ] No
2. ¿Vive con usted alguien 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:			



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

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

<b>Fuente</b>	<b>Arrendatario</b>	<b>Otro ocupante</b>		<b>Otro ocupante</b>	<b>Total</b>
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					
<b>Total</b>					

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**



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

Programa de Préstamos para el Control de Riesgos de Plomo
Carta de Compromiso del Residente para Reubicarse

Nombre del Propietario: \_\_\_\_\_

Dirección postal del arrendador/propietario: \_\_\_\_\_

Dirección de la propiedad: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

Estimado arrendador/propietario:

Por la presente, reconozco la residencia actual en la propiedad ubicada en la dirección anterior. Esta propiedad está programada para recibir fondos de reducción de plomo del Programa de Control de Riesgos de Plomo de la Ciudad de New Haven.

Se entiende que el objetivo del trabajo de reducción es crear un entorno más saludable para los niños, las mujeres embarazadas y los adultos al abordar los peligros del plomo. Además, entiendo y reconocemos que el trabajo de construcción en esta propiedad puede requerir que nosotros, como residentes, seamos reubicados temporalmente en otras instalaciones.

Si la reubicación se hace necesaria, acuerdo mudarme temporalmente según sea necesario. Entiendo que seremos consultados con respecto a nuestras necesidades de reubicación y que se hará todo lo posible para acomodarnos.

También se entiende que no incurriremos en gastos adicionales por nuestra reubicación temporal. Se espera que paguemos el alquiler y los servicios públicos como de costumbre, de acuerdo con nuestro contrato de arrendamiento actual con el propietario. También reconozco que se nos requerirá que traslademos nuestras pertenencias personales fuera de la unidad durante el período de reubicación y que todos los tratamientos de las ventanas de la unidad deben ser retirados.

Gracias por su ayuda.

Firma del ocupante

Fecha

Firma del ocupante

Fecha



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

### Programa de Préstamos para el Control de Riesgos de Plomo Información demográfica

El Programa de Préstamos para el Control de Riesgos de Plomo está financiado por los Estados Unidos. Departamento de Vivienda y Desarrollo Urbano (HUD). 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: \_\_\_\_\_ Número de apartamento: \_\_\_\_\_