Debemos recibir el original de este FORMULARIO

Propietarios de la vivienda

Departamento de Salud Pública del Gobierno Unificado
Gobierno Unificado del Condado de Wyandotte / Kansas City Kansas
619 Ann Avenue- Suite 104 - KCK 66101
(913) 573-5848

NO ESCRIBA EN ESTE ESPACIO

N.° de archivo: _____

Fecha: _____

Hora: _____

SOLICITUD PARA EL PROGRAMA KNOW LEAD KCK

NO ENVÍE LA SOLICITUD POR CORREO POSTAL NI POR FAX.
LAS SOLICITUDES DEBEN PRESENTARSE EN PERSONA.

LEA TODA LA INFORMACIÓN CON DETENIMIENTO ANTES DE COMPLETAR LA SOLICITUD

Puede reunir los requisitos si:

- Es propietario de una vivienda en Kansas City, Kansas que fue construida antes de 1978.
- En la vivienda viven o la visitan niños menores de 6 años durante más de 6 horas cada semana o una ocupante de la propiedad está embarazada
- El ingreso de su hogar es igual o inferior al 80**%** de los ingresos medios del área.
- Si desea conocer toda la documentación requerida, consulte la lista de verificación adjunta.

LINEAMIENTOS DE INGRESOS DEL HUD PARA 2023 (sujeto a cambios cada año)

Tamaño de la familia	Ingreso bruto
1	$57,400.00
2	$65,600.00
3	$73,800.00
4	$82,000.00
5	$88,600.00
6	$95,150.00
7	$101,700.00
8	$108,250.00

PARTE A INFORMACIÓN SOBRE LOS PROPIETARIOS DE VIVIENDA

Complete la información que figura a continuación para todas las personas cuyos nombres aparecen en el título de propiedad.

Nombre del propietario_____
Apellido Primer nombre Segundo nombre

Nombre del copropietario_____
Apellido Primer nombre Segundo nombre

Dirección_____
Teléfono_____Celular_____Teléfono del trabajo_____
Dirección de correo electrónico: _____

Edad: _____ Sexo: _____

Raza: Blanca ☐ Negra o afroamericana ☐
Asiática ☐ Indígena americana o Nativa de Alaska ☐

Nativa de Hawái ☐ Isleña del Pacífico ☐ Otra ☐

Origen étnico: Hispano/latino ☐ No hispano/latino ☐

Soltero ☐ Casado ☐

Cantidad de niños menores de 6 años que viven en el hogar: _____

Cantidad de niños que reciben Medicaid: _____

Cantidad de mujeres embarazadas que viven en el hogar: _____

Cantidad total de personas que viven en el hogar: _____

¿Esta vivienda se utiliza como guardería? SÍ ☐ NO ☐

Comprobante de derecho de propiedad SÍ ☐ NO ☐

PARTE B INFORMACIÓN SOBRE LOS INGRESOS DEL PROPIETARIO DE VIVIENDA

Enumere a todos los miembros del hogar que tienen 18 años o más y luego registre sus ingresos en la solicitud. Asegúrese de incluir los ingresos de todos los salarios antes de cualquier deducción (INGRESOS BRUTOS) y las fuentes como desempleo, seguro social, incapacidad, indemnización al trabajador por accidentes laborales, pensiones, pagos a veteranos, estipendios de capacitación, pensión alimenticia y asignaciones para familiares de militares, pensiones privadas, pensiones de empleados gubernamentales, (incluido el pago de jubilación militar) y pagos habituales de seguros o de anualidades, dividendos, intereses, ingresos netos por alquileres, regalías netas, recibos periódicos de herencias o fideicomisos y ganancias netas de juegos de azar o lotería. Si cuenta con un empleo, debe firmar el formulario de Verificación de Empleo (Verification of Employment, VOE). Mencione los ingresos del propietario.

Nombre	EDAD:	Relación con el propietario	Fuente de ingresos (empleador, no tiene ingresos)	TOTAL Ingresos mensuales
				$
				$
				$
				$

TODAS LAS PERSONAS MAYORES DE 18 AÑOS DEBEN COMPLETAR EL FORMULARIO DE INGRESOS.				
Otros bienes				
	SÍ	**NO**	**Si la respuesta es "Sí" proporcione una copia de la cuenta**	**Cantidad**
Propietario de otros bienes inmuebles				$
Cuentas de ahorros/cheques				$
Intereses de ahorros				$
Certificado de depósito (CD)				$
Inversiones en acciones y bonos				$
Intereses de inversiones				$
Otros bienes				$
Proporcione todos los documentos de los bienes marcados con "SÍ".				**Cantidad total $**

PARTE C **INFORMACIÓN DE LOS NIÑOS**

Enumere a todos los niños que viven o que visitan con frecuencia la propiedad (durante 6 horas o más a la semana). En caso de que necesite espacio adicional, haga una lista al reverso de la página.

Nombre del niño	Edad	Fecha de nacimiento	Relación con el propietario	¿Nivel elevado de plomo en sangre? S/N

Yo, _____, por la presente doy fe de que la declaración anterior es verdadera y que los niños enumerados anteriormente viven o visitan con frecuencia la propiedad descrita anteriormente durante seis (6) horas o más a la semana. Comprendo que a los niños enumerados anteriormente se les debe realizar un análisis de sangre para detectar intoxicación por plomo antes de que comience el trabajo de descontaminación de plomo. Además, acepto que se les haga un análisis para detectar plomo a dichos niños a través de su proveedor de atención médica o del Departamento de Salud Pública del Gobierno Unificado y que se proporcionen los resultados de dichos análisis de sangre al Departamento de Salud antes de que comiencen el trabajo en la propiedad. Asimismo, estoy de acuerdo en proporcionar copias de los certificados de nacimiento o una forma oficial de verificación de la fecha nacimiento.

PARTE D **CERTIFICACIÓN**

Por este medio presento una solicitud al Programa kNOw LEAD KCK del Departamento de Salud Pública del Gobierno Unificado para que se lleven a cabo trabajos en la propiedad mencionada anteriormente. Asimismo, certifico que soy el propietario de dicha propiedad y que los ingresos indicados en la Parte B están sujetos a verificación por parte del Programa kNOw LEAD KCK del Departamento de Salud Pública del Gobierno Unificado.
El término "HOGAR" incluye a todas las personas que habitan en una vivienda. Los ocupantes pueden ser una sola familia, una persona que vive sola, dos o más familias que viven juntas o cualquier otro grupo de personas que estén o no relacionadas y que comparten espacios de vivienda.

Estoy de acuerdo con enviar al Departamento de Salud Pública del Gobierno Unificado, previa solicitud, copias de las declaraciones federales de impuestos sobre la renta, y soy consciente de que se contactará a todos los empleadores para verificar los ingresos que hemos recibido como resultado del empleo.

Por la presente autorizo al Departamento de Salud Pública del Gobierno Unificado, a los supervisores, inspectores y contratistas del Programa kNOw LEAD KCK junto con sus empleados para ingresar a las instalaciones con la finalidad de realizar los trabajos conforme al Programa kNOw LEAD KCK.

Eximo al Programa kNOw LEAD KCK del Departamento de Salud Pública del Gobierno Unificado de cualquier reclamación legal o financiera que surja de la realización de dicho trabajo.

Comprendo que cualquier superficie que contenga plomo y que se determine que está intacta o en buenas condiciones en el momento de la evaluación no está clasificada como un peligro y no será tratada por este programa. Cualquier evaluación en curso y acción correctiva que sea necesaria después de que se complete el trabajo del Programa kNOw LEAD KCK será mi responsabilidad como propietario.

Yo, el abajo firmante, juro bajo pena de perjurio que toda la información incluida en la presente solicitud es verdadera y correcta a mi leal saber y entender.

Se requiere información adicional.

- ✓ Todas las personas deben estar fuera de la vivienda durante el trabajo de eliminación. Este trabajo consiste en la sustitución de componentes que en la mayoría de los casos son las ventanas. Es posible que haya una exención disponible para las personas mayores de 62 años o discapacitadas.

- ✓ Cada dirección es elegible una vez para los trabajos de control de riesgos para la descontaminación o eliminación de plomo.

- ✓ Toda la información debe ser completada y firmada para que el programa acepte la inscripción.

LEA DETENIDAMENTE ANTES DE FIRMAR

SANCIONES POR DECLARACIONES FALSAS O FRAUDULENTAS:
El Título 18, sec. 1001, establece: "Quien, en cualquier asunto dentro de la jurisdicción de cualquier Departamento o Agencia de los Estados Unidos, a sabiendas e intencionalmente falsifique…. o presente declaraciones o afirmaciones falsas, ficticias o fraudulentas, o presente o utilice cualquier escrito o documento falso sabiendo que este incluye cualquier declaración o anotación falsa, ficticia o fraudulenta, será multado con la cantidad máxima de diez mil dólares ($10,000.00) o encarcelado por un período máximo de cinco (5) años o ambas cosas.

Comprendo que la elegibilidad según los estándares del programa **no garantiza que el Departamento de Salud Pública del Gobierno Unificado llevará a cabo la reparación solicitada. La reparación debe aprobarse a criterio del comité después de tomar en cuenta varios factores que incluyen, entre otros, si la reparación puede considerarse una emergencia y si la vivienda es una buena inversión de los fondos.

Firma del propietario de la vivienda:X_____Fecha: _____

Nombre del propietario de la vivienda en letra de imprenta:X_____ Fecha: _____

Firma del copropietario de la vivienda: X_____Fecha: _____

Nombre del copropietario de la vivienda en letra de imprenta:X_____ Fecha: _____

PARTE E

KNOW LEAD KCK

Departamento de Salud Pública del Gobierno Unificado

Solicitud para la verificación de empleo

Información del solicitante

Nombre completo: _____ Fecha: _____

Apellido *Primer nombre* *Inicial de segundo nombre*

Dirección: _____

Dirección postal *N.° de apartamento o unidad*

_____

Ciudad *Estado* *Código postal*

Teléfono: _____ Correo electrónico_____

Autorización del solicitante

Por la presente autorizo la divulgación de información solicitada a continuación:

Firma:_____ Fecha:_____

Nota para el empleador

El solicitante indicado en este formulario ha solicitado una subvención federal para la rehabilitación de la propiedad antes mencionada. El solicitante ha autorizado por escrito al Departamento de Salud Pública del Gobierno Unificado para que obtenga una verificación de cualquiera de las fuentes indicadas en la solicitud. Su verificación de empleo es para uso confidencial del Departamento de Salud Pública del Gobierno Unificado y del Departamento de Vivienda y Desarrollo Urbano de los Estados Unidos. Proporcione toda la información solicitada a continuación y envíe este formulario por fax, correo postal o en persona.

Verificación de empleadores

Empresa: _____ Teléfono: _____

Dirección: _____

Cargo: _____

Fechas de empleo:

De: _____ A:_____

Exención de responsabilidad y firma

Certifico que mis respuestas son verdaderas y están completas a mi leal saber y entender.

Firma del empleador: _____ Fecha:_____

Tarifa de pago (estimación, si no recibe un pago por horas o por año)	
Tarifa de salario/por hora	$
N.° de horas/semana	$
Compensación adicional: montos reales recibidos en los últimos 12 meses	
Horas extra	$
Comisiones	$
Bonos	$

Si el solicitante se encuentra en el servicio militar, proporcione los ingresos mensuales de la siguiente manera:

Salario base	$
Alojamiento militar y salario para subsistencia	$
Tareas que implican vuelo o peligro	$

Devuelva este formulario a
la siguiente dirección:

Departamento de
Envenenamiento por Plomo
(Lead Poisoning Department)
619 Ann Ave, Room 104
Kansas City, Kansas 66101

Attn: Marika Logan

Teléfono 913-573-5848

Fax: 913-321-7932

PARTE F

CONSENTIMIENTO PARA LO SIGUIENTE:

Autorización para la divulgación de información

Autorizo e instruyo a cualquier agencia, organización, empresa o persona del gobierno federal, estatal o local a divulgar al Departamento de Salud Pública del Gobierno Unificado cualquier información o materiales necesarios para completar y verificar mi solicitud de participación y/o mantener la continuidad de la asistencia que se me proporciona conforme al programa kNOw LEAD KCK. Comprendo y acepto que esta autorización o la información obtenida con su uso puede ser otorgada y utilizada por el Departamento de Vivienda y Desarrollo Urbano de los Estados Unidos (Department of Housing and Urban Development, HUD) para administrar y cumplir las reglas y políticas del programa.

Consentimiento para tomar fotografías

Por la presente doy mi autorización y consentimiento para que un representante del Programa kNOw LEAD KCK del Departamento de Salud Pública del Gobierno Unificado tome fotografías de mi vivienda y propiedad. Comprendo que las fotografías pueden usarse en la solicitud de mejoras presentada al Programa kNOw LEAD KCK del Departamento de Salud Pública del Gobierno Unificado. Eximo al Departamento de Salud Pública del Gobierno Unificado y a sus socios de cualquier responsabilidad y los libero de cualquier reclamación en relación con el consentimiento y el uso de las imágenes. Este consentimiento es válido de forma indefinida, a menos que lo revoque por escrito.

Aviso de reubicación

Comprendo que soy un participante voluntario en este programa, y si soy aprobado para recibir el Programa kNOw LEAD KCK del Departamento de Salud Pública del Gobierno Unificado, es posible que deba desalojar mi residencia por un período de tiempo mientras se llevan a cabo las actividades de eliminación de plomo. Todos los residentes y mascotas que vivan en la propiedad en cuestión podrán ser reubicados durante el período de construcción por motivos de salud y seguridad. Los arreglos de vivienda para las personas y mascotas durante el tiempo de construcción son responsabilidad del propietario que ocupa la residencia o del Departamento de Salud Pública del Gobierno Unificado (varía según cada caso).

Condiciones

Acepto que se use una fotocopia de esta autorización para los fines indicados anteriormente y permanecerá vigente por un período de cinco años a partir de la fecha de la firma. Estoy de acuerdo con el Consentimiento para tomar fotografías, el Aviso de reubicación, la Divulgación de información, la Información cubierta y las Condiciones.

Firma del propietario de la vivienda:X_____**Fecha:** _____

Nombre del propietario de la vivienda en letra de imprenta:X_____**Fecha:** _____

Firma del copropietario de la vivienda:X_____**Fecha:** _____

Nombre del copropietario de la vivienda en letra de imprenta:X_____**Fecha:** _____

PARTE F

RECONOCIMIENTOS DEL PROPIETARIO

Préstamo o gravamen condonable:

Una vez que una propiedad se considera elegible y se inspecciona, se llevará a cabo una reunión de "cierre" con el propietario para firmar un contrato. La financiación se desembolsará mediante una subvención. No se presentará ningún préstamo o gravamen condonable. Esto simplifica el proceso y ahorra dólares de subvención en tarifas de tramitación de hipotecas. El objetivo del programa es lograr una condición segura respecto al plomo dentro de una propiedad. Esto garantiza una mejora en la salud y seguridad para los ocupantes actuales y futuros. En caso de vender la propiedad no habrá derechos de garantía.

Firma del propietario de la vivienda:X_____Fecha: _____

Nombre del propietario de la vivienda en letra de imprenta:X_____Fecha: _____

Firma del copropietario de la vivienda:X_____Fecha: _____

Nombre del copropietario de la vivienda en letra de imprenta:X_____Fecha: _____

kNOw LEAD KCK
Lista de verificación de la solicitud

Para solicitar asistencia a través del Programa kNOw LEAD, es necesario que presente los documentos que se enumeran a continuación junto con su solicitud. Esta información se considera confidencial y no la compartiremos sin su permiso.

DOCUMENTOS QUE DEBE PROPORCIONAR:

***DEBE* entregar los siguientes documentos junto con su solicitud para ser considerado para el programa. Marque los documentos a medida que prepara su solicitud.**

LOS PROPIETARIOS DEBEN PROPORCIONAR LO SIGUIENTE:

- ☐ Solicitud completada en su totalidad y firmada por el propietario(s)
- ☐ Comprobantes de los pagos de la hipoteca al día
- ☐ Comprobante de seguro de la propiedad
- ☐ Copia de la escritura de la propiedad
- ☐ Identificación con fotografía del jefe de familia.
- ☐ Certificado de nacimiento de cualquier niño de 6 años o menos, o una forma oficial de verificación de la fecha de nacimiento.
- ☐ Copia de los recibos de pago de los últimos **2 meses** de cualquier persona empleada y que tenga 18 años.
- ☐ Estados bancarios de los **2 meses** más recientes (**TANTO** de cuentas de ahorro como de cheques).
- ☐ Copia de la Declaración de impuestos sobre la renta más reciente (Declaración de impuestos COMPLETA).
- ☐ Ingresos del Seguro Social (Seguridad de Ingreso Suplementario [Supplemental Security Income, SSI], Administración del Seguro Social [Social Security Administration, SSA]), incapacidad u otros ingresos por pensión, si corresponde.
- ☐ Impresión de: cupones para alimentos, manutención infantil, Programa de Independencia Familiar (Family Independence Program, FIP), Medicaid o Título 19, si corresponde.
- ☐ Si el propietario u ocupante mayor de 18 años no trabaja, debe presentar un formulario de declaración jurada que indique que no recibe ingresos.
- ☐ Si el propietario u ocupante mayor de 18 años trabaja de forma autónoma, debe presentar un formulario de declaración jurada de autocertificación.
- ☐ Si proporciona cuidado infantil en el hogar, se necesita un formulario de verificación de los padres.
- ☐ Formulario completo del niño visitante (si un niño menor de 6 años visita la vivienda durante al menos 60 horas por año).
- ☐ Una copia del resultado de la prueba del nivel de plomo en sangre del niño, por vía venosa o capilar.

Las propiedades que se encuentran actualmente en el siguiente estado quedan AUTOMÁTICAMENTE DESCALIFICADAS para recibir asistencia a través de este departamento.

- **Propiedades en Bonner Springs y Edwardsville**
- **En contrato para compra-venta**
- **El solicitante no reside en la propiedad**
- **Casas rodantes**
- **Propiedad comercial (a excepción de las guarderías)**
- **Propiedades en ejecución hipotecaria – quiebra -gravamen fiscal sobre la propiedad**
- **Impuestos inmobiliarios morosos**
- **Servicios públicos desconectados**

Cuando esté listo para enviar la solicitud completa y la documentación de respaldo, comuníquese con:

Departamento de Envenenamiento por Plomo (Lead Poisoning Department)
913-573-5848
Fax: 913-321-7932
Correo electrónico: knowlead@wycokck.org
Unified Government
Public Health Department
619 Ann Avenue, Room 104
Kansas City, Kansas 66101

NOTA: El Gobierno Unificado se reserva el derecho de cambiar, cancelar o modificar este programa sin avisar con anticipación a los solicitantes.