

Servicios de Apoyo a la Vivienda

Solicitud



IHA




DPA



HCS

Gracias por completar la solicitud del programa de Servicios de Apoyo a la Vivienda de ReOregon. El programa de Servicios de Apoyo a la Vivienda ayuda a los grupos familiares elegibles afectados por los incendios forestales y los vientos en línea recta del Día del Trabajo de 2020. La ayuda de este programa puede incluir la Ayuda para Viviendas Intermedias (IHA, por sus siglas en inglés), la Ayuda para el Pago Inicial (DPA, por sus siglas en inglés) y los Servicios de Asesoramiento sobre Vivienda.

Esta solicitud proporciona orientación para ayudarle a navegar a través de las preguntas. Busque el  para encontrar más información sobre las preguntas, la mejor manera de responderlas y los documentos que deberá presentar a su agencia local de vivienda o al gerente de caso junto con su solicitud.

Condado En El Que Vive	Agencia Local	Número de Teléfono de la Agencia	Correo Electrónico de la Agencia
Clackamas	MWVCAA	503-399-9080	tim.weese@mwvcaa.org
Douglas	ACCESS	541-414-0318	ccr@accesshelps.org
Jackson	ACCESS	541-414-0318	ccr@accesshelps.org
Klamath	ACCESS	541-414-0318	ccr@accesshelps.org
Lane	Lane Co. Human Services Division	541-682-2918	iha@lanecountyor.gov
Lincoln	Community Services Consortium	541-928-6335	info@communityservices.us
Linn	Community Services Consortium	541-928-6335	info@communityservices.us
Marion	MWVCAA	503-399-9080	tim.weese@mwvcaa.org

Para enviar su solicitud, también debe completar la sección **Consentimiento para Divulgar Información** en la sección Presentación de la Solicitud y Firmas. Esto le permite al Departamento de Vivienda y Servicios Comunitarios de Oregón (OHCS, por sus siglas en inglés) solicitar o compartir información con terceros, como agencias federales o estatales, empresas privadas u organizaciones implicadas en la recuperación de su vivienda, para ayudar a determinar su elegibilidad y procesar su solicitud. Si tiene alguna pregunta sobre el Consentimiento Para Divulgar Información, comuníquese con su agencia local de vivienda o con su gerente de caso.

Si solicita Ayuda para el Pago Inicial o Servicios de Recuperación de Vivienda, debe dar su consentimiento para que se divulgue información con el fin de que se le remita a una agencia asociada.

¿Tiene preguntas?

Correo Electrónico: housingsupport@reoregon.org
Llame al 877-510-6800 o al 541-250-0938



Índice

A. Información del Solicitante 3

B. Composición del Grupo Familiar 8

C. Verificación de Ingresos..... 13

D. Información sobre la Vivienda Dañada 19

E. Estabilidad de Vivienda..... 22

F. Estado de la Recuperación de Desastres 24

G. Selección de Asistencia..... 28

H. Presentación de la Solicitud y Firmas 29

Apéndices 33

 Apéndice A: Lista de Verificación de Documentos 34

 Apéndice B: Miembros Adicionales del Grupo Familiar 39

 Apéndice C: Verificación de Ingresos de Miembros Adicionales del Grupo Familiar 43

 Apéndice D: Certificación de Ingresos Comerciales 47

 Apéndice E: Certificación de Contribuciones Recurrentes en Efectivo 48

 Apéndice F: Certificación de Cero Ingresos 49

 Apéndice G: Folleto de la Agencia de Protección Ambiental:
 "Proteja a su familia contra el plomo en el hogar" 50

 Apéndice H: Divulgación de Información sobre Pintura a Base de Plomo..... 61

 Apéndice I: Formulario de Evaluación Visual 62

A. Información del Solicitante

 IHA

 DPA

 HCS

* Indica información requerida

Nombre del Solicitante* _____ Nombre del Cosolicitante _____

Información de Contacto del Solicitante*

Introduzca su nombre y apellidos legales exactamente como figuran en su documento de identidad emitido por el gobierno (local, estatal, federal, extranjero o nacional). El nombre que proporcione debe coincidir con su documento de identidad para confirmar su identidad y garantizar la correcta adjudicación de los beneficios.

A.1 Nombre Legal _____

A.2 Apellido Legal _____

A.3 Nombre Elegido/Preferido (opcional) _____

Un nombre elegido o preferido es un nombre diferente del nombre legal de una persona.

A.4 Idioma Preferido ☐ Inglés ☐ Español ☐ Otro (¿Qué idioma?) _____

A.5 Si selecciona un idioma distinto del inglés, ¿necesita ayuda para la traducción? ☐ Sí ☐ No

A.6 ¿Necesita asistencia TTY? ☐ Sí ☐ No

A.7 Dirección de la Propiedad Dañada/Destruída

Dirección Línea 1 _____

Dirección Línea 2 _____

Ciudad _____ Estado _____ Cód. Postal _____

Condado de la Propiedad Dañada

☐ Clackamas ☐ Douglas ☐ Jackson ☐ Klamath ☐ Lane ☐ Lincoln ☐ Linn ☐ Marion

¿Tiene preguntas?

Correo Electrónico: housingsupport@reoregon.org

Lláme al 877-510-6800 o al 541-250-0938

A. Información del Solicitante

A.8 ¿Vive actualmente en la dirección de la propiedad dañada o destruida?* ☐ Sí ☐ No

A.9 Dirección Actual (Si contestó "No" en A.8)

Dirección Línea 1 _____

Dirección Línea 2 _____

Ciudad _____ Estado _____ Cód. Postal _____

A.10 ¿Su dirección postal es diferente de su dirección actual?* ☐ Sí ☐ No
En caso afirmativo, indique la dirección postal.

Dirección Línea 1 _____

Dirección Línea 2 _____

Ciudad _____ Estado _____ Cód. Postal _____

A.11 Correo Electrónico* _____

Debe tener una dirección de correo electrónico válida para solicitar ayuda a través de ReOregon.

Las notificaciones sobre el estado de su solicitud se enviarán a esta dirección de correo electrónico. Si no tiene una dirección de correo electrónico y necesita ayuda para crear una, comuníquese con su agencia de vivienda local o con su gerente de caso para que le ayuden.

A.12 Teléfono _____

A.13 Preferencia de Contacto ☐ Teléfono ☐ Correo Electrónico ☐ Correo Postal

¿Cómo prefiere que el programa se comunique con usted para hacerle preguntas o proporcionarle información sobre su solicitud?

Si es por teléfono, ¿tiene una hora de contacto preferida? ☐ 7:30–9:00 a.m. ☐ 9:00 a.m.–5:00 p.m.
☐ 5:00–7:30 p.m. ☐ Sin preferencia

A. Información del Solicitante

A.14 ¿Cuál es su situación de vivienda actual? _____

- ☐ Refugio de emergencia (incluyendo hotel/motel pagado con el vale de refugio de emergencia o refugio en un hogar de acogida financiado por Jóvenes Fugados y Sin Hogar [RHY, por sus siglas en inglés])
- ☐ Hotel o motel pagado sin vale de refugio de emergencia
- ☐ Soy propietario, sin subsidio de vivienda en curso
- ☐ Lugar no destinado a ser habitado
- ☐ Propiedad de alquiler, sin subsidio de vivienda en curso
- ☐ Propiedad de alquiler, con otra subvención de vivienda en curso
- ☐ Me estoy quedando o vivo en la habitación, apartamento o casa de un familiar
- ☐ Me estoy quedando o vivo en la habitación, apartamento o casa de un amigo
- ☐ Centro de tratamiento de abuso de sustancias o centro de desintoxicación
- ☐ Viviendas de transición para personas sin hogar (incluidos los jóvenes sin hogar)
- ☐ Otra _____

A.15 Si actualmente alquila, proporcione la información de su arrendador:

Nombre del Arrendador: _____

Dirección del Arrendador _____

Dirección Línea 1 _____

Dirección Línea 2 _____

Ciudad _____ Estado _____ Cód. Postal _____

Teléfono del Arrendador _____

A.16 ¿Hay un cosolicitante?* _____

Un cosolicitante es una persona adicional que comparte la responsabilidad de la vivienda, como un cónyuge o un padre/madre.

- ☐ Sí (En caso afirmativo, complete la **Información de Contacto del Cosolicitante** en la página siguiente).
- ☐ No

A. Información del Solicitante

Información de Contacto del Cosolicitante (si corresponde)

Introduzca el nombre y apellidos legales del cosolicitante exactamente como figuran en su documento de identidad emitido por el gobierno (local, estatal, federal, extranjero o nacional). El nombre proporcionado debe coincidir con su documento de identidad para confirmar su identidad y garantizar la correcta adjudicación de los beneficios.

A.17 Nombre Legal _____

A.18 Apellido Legal _____

A.19 Nombre Elegido/Preferido (opcional) _____

Un nombre elegido o preferido es un nombre diferente del nombre legal de una persona.

A.20 ¿Es la dirección actual del cosolicitante la misma que la del solicitante? ☐ Sí ☐ No

En caso negativo, indique la dirección actual del cosolicitante.

Dirección Línea 1 _____

Dirección Línea 2 _____

Ciudad _____ Estado _____ Cód. Postal _____

A.21 ¿La dirección postal del cosolicitante es diferente de su dirección actual? ☐ Sí ☐ No

En caso afirmativo, indique la dirección postal.

Dirección Línea 1 _____

Dirección Línea 2 _____

Ciudad _____ Estado _____ Cód. Postal _____

A.22 Teléfono del Cosolicitante _____

A.23 Correo Electrónico del Cosolicitante _____

La dirección de correo electrónico del cosolicitante puede ser la misma que la del solicitante.

A. Información del Solicitante

Contacto Alternativo (Opcional)

Puede elegir a un tercero, llamado contacto alternativo, para que obtenga información sobre su estado en el programa en persona o por teléfono, correo electrónico o correo postal. Sin embargo, esta persona no puede tomar decisiones ni firmar ningún documento o declaración jurada por usted a menos que tenga un poder notarial válido.

A.24 Nombre Legal _____

A.25 Apellido Legal _____

Dirección Línea 1 _____

Dirección Línea 2 _____


Ciudad _____ Estado _____ Cód. Postal _____

Correo Electrónico _____ Teléfono _____

Poder Notarial (Opcional)

Si alguien tiene un poder notarial para usted y desea que le ayude con esta solicitud, incluida la toma de decisiones, indique su nombre aquí.

A.26 Nombre de la Persona con Poder Notarial _____

 Para que ReOregon pueda trabajar con la persona que tiene su poder notarial, usted debe presentar el documento de poder notarial y la identificación de esta persona antes de que podamos compartir información o recibir instrucciones de esta persona. Dado que el poder notarial puede tener límites, necesitamos revisar la documentación para entender lo que la persona está autorizada a hacer en su nombre.

Discapacidad*

Una persona con discapacidad se define como alguien que padece una afección física o mental que limita de manera significativa las actividades importantes de la vida, tiene antecedentes de dicha afección (como un cáncer en remisión) o es visto por los demás como alguien que padece dicha afección (como alguien con cicatrices de quemaduras graves).

A.27 ¿Algún miembro de su grupo familiar necesita ayuda para completar la solicitud o asistencia para su situación de vida debido a una discapacidad? ☐ Sí ☐ No

En caso afirmativo, díganos qué ayuda necesita. _____

B. Composición del Grupo Familiar

 IHA DPA HCS

* Indica información requerida

Nombre del Solicitante* _____ Nombre del Cosolicitante _____

Miembros del Grupo Familiar

Enumere a continuación al jefe de familia como “Miembro Principal del Grupo Familiar” y proporcione la información solicitada.

Enumere a todos los demás miembros del grupo familiar (incluido usted, si no es el jefe de familia) y proporcione su información. Cuando agregue miembros a su grupo familiar, agregue solo a las personas que vayan a vivir con usted si es elegible para los programas de Ayuda para Viviendas Intermedias (IHA, por sus siglas en inglés) o Ayuda para el Pago Inicial (DPA, por sus siglas en inglés) de ReOregon. Los miembros del grupo familiar se definen como los adultos y niños, o personas que comparten la misma vivienda, ya sean parientes o no, independientemente de su edad. Puede contar a los miembros del grupo familiar parcialmente ausentes, como los niños que viven en la vivienda al menos el 50% del tiempo y que están nombrados en un acuerdo de custodia compartida o los miembros de la familia que están clasificados como dependientes del grupo familiar, como los hijos que asisten a la universidad o un miembro de la familia en una residencia de ancianos.

No cuente a los miembros temporales del grupo familiar, como hijos de acogida, empleados o inquilinos.

El jefe de familia es el miembro adulto de la familia que es el jefe de familia a los efectos de determinar la elegibilidad de los ingresos y el alquiler. ReOregon recopila estos datos para proporcionar actualizaciones al Departamento de Vivienda y Desarrollo Urbano de los EE. UU. (HUD, por sus siglas en inglés) y para apoyar políticas de programas equitativos.

Miembro Principal del Grupo Familiar*

Nombre Legal _____

Segundo Nombre _____

Apellido _____

Fecha de nacimiento (mes/día/año) ____/____/____

Relación con el Jefe de Familia: ☒ Es el jefe de familia

¿Tiene preguntas?

Correo Electrónico: housingsupport@reoregon.org
Llame al 877-510-6800 o al 541-250-0938

B. Composición del Grupo Familiar

Miembro Principal del Grupo Familiar (continuación)

Género: ☐ No contesta ☐ Femenino ☐ Masculino ☐ No binario
☐ Transgénero ☐ Cuestionándose ☐ Identidad cultural específica ☐ Identidad diferente
(por ejemplo, Dos Espíritus)

Raza (seleccione todas las que correspondan):

☐ Indio Americano/Nativo de Alaska ☐ Nativo de Hawaïi/Isleño del Pacífico
☐ Asiático o Asiático-Americano ☐ Blanco
☐ Negro/Afroamericano o Africano ☐ Otro
☐ Oriente Medio o Norte de África ☐ No contesta

Etnia:

Hispano o latino: Una persona de cultura u origen cubano, mexicano, puertorriqueño, sudamericano o centroamericano, o de otra cultura u origen español, independientemente de la raza. El término "Origen español" también se aplica a esta categoría.

☐ No Hispano o latino ☐ Hispano o latino ☐ No contesta

Discapacidad: ¿Esta persona vive con una discapacidad? ☐ No ☐ Sí ☐ No sabe ☐ No contesta

Miembro Adicional del Grupo Familiar #1 (si corresponde)

Nombre Legal _____

Segundo Nombre _____

Apellido _____

Fecha de nacimiento (mes/día/año) ____/____/____

Relación con el Jefe de Familia:

☐ Cónyuge/pareja del jefe de familia ☐ Miembro temporalmente ausente
(como en servicio militar activo)
☐ Otro miembro adulto del grupo familiar ☐ Miembro confinado en una residencia
de ancianos u hospital
☐ Dependiente (incluidos los hijos menores de 18 años)

Género: ☐ No contesta ☐ Femenino ☐ Masculino ☐ No binario
☐ Transgénero ☐ Cuestionándose ☐ Identidad cultural específica ☐ Identidad diferente
(por ejemplo, Dos Espíritus)

Raza (seleccione todas las que correspondan):

☐ Indio Americano/Nativo de Alaska ☐ Nativo de Hawaïi/Isleño del Pacífico
☐ Asiático o Asiático-Americano ☐ Blanco
☐ Negro/Afroamericano o Africano ☐ Otro
☐ Oriente Medio o Norte de África ☐ No contesta

B. Composición del Grupo Familiar

Miembro Principal del Grupo Familiar (continuación)

Etnia: ☐ No Hispano o latino ☐ Hispano o latino ☐ No contesta

Discapacidad: ¿Esta persona vive con una discapacidad? ☐ No ☐ Sí ☐ No sabe ☐ No contesta

Miembro Adicional del Grupo Familiar #2 (si corresponde)

Nombre Legal _____

Segundo Nombre _____

Apellido _____

Fecha de nacimiento (mes/día/año) ____/____/____

Relación con el Jefe de Familia:

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Cónyuge/pareja del jefe de familia | <input type="checkbox"/> Miembro temporalmente ausente (como en servicio militar activo) |
| <input type="checkbox"/> Otro miembro adulto del grupo familiar | <input type="checkbox"/> Miembro confinado en una residencia de ancianos u hospital |
| <input type="checkbox"/> Dependiente (incluidos los hijos menores de 18 años) | |

Género: ☐ No contesta ☐ Femenino ☐ Masculino ☐ No binario
☐ Transgénero ☐ Cuestionándose ☐ Identidad cultural específica (por ejemplo, Dos Espíritus) ☐ Identidad diferente

Raza (seleccione todas las que correspondan):

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Indio Americano/Nativo de Alaska | <input type="checkbox"/> Nativo de Hawaia/Isleño del Pacífico |
| <input type="checkbox"/> Asiático o Asiático-Americano | <input type="checkbox"/> Blanco |
| <input type="checkbox"/> Negro/Afroamericano o Africano | <input type="checkbox"/> Otro |
| <input type="checkbox"/> Oriente Medio o Norte de África | <input type="checkbox"/> No contesta |

Etnia: ☐ No Hispano o latino ☐ Hispano o latino ☐ No contesta

Discapacidad: ¿Esta persona vive con una discapacidad? ☐ No ☐ Sí ☐ No sabe ☐ No contesta

B. Composición del Grupo Familiar

Miembro Adicional del Grupo Familiar #3 (si corresponde)

Nombre Legal _____

Segundo Nombre _____

Apellido _____

Fecha de nacimiento (mes/día/año) ____/____/____

Relación con el Jefe de Familia:

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Cónyuge/pareja del jefe de familia | <input type="checkbox"/> Miembro temporalmente ausente (como en servicio militar activo) |
| <input type="checkbox"/> Otro miembro adulto del grupo familiar | <input type="checkbox"/> Miembro confinado en una residencia de ancianos u hospital |
| <input type="checkbox"/> Dependiente (incluidos los hijos menores de 18 años) | |

Género: ☐ No contesta ☐ Femenino ☐ Masculino ☐ No binario
☐ Transgénero ☐ Cuestionándose ☐ Identidad cultural específica ☐ Identidad diferente (por ejemplo, Dos Espíritus)

Raza (seleccione todas las que correspondan):

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Indio Americano/Nativo de Alaska | <input type="checkbox"/> Nativo de Hawaai/Isleño del Pacífico |
| <input type="checkbox"/> Asiático o Asiático-Americano | <input type="checkbox"/> Blanco |
| <input type="checkbox"/> Negro/Afroamericano o Africano | <input type="checkbox"/> Otro |
| <input type="checkbox"/> Oriente Medio o Norte de África | <input type="checkbox"/> No contesta |

Etnia: ☐ No Hispano o latino ☐ Hispano o latino ☐ No contesta

Discapacidad: ¿Esta persona vive con una discapacidad? ☐ No ☐ Sí ☐ No sabe ☐ No contesta

B. Composición del Grupo Familiar

Miembro Adicional del Grupo Familiar #4 (si corresponde)

Nombre Legal _____

Segundo Nombre _____

Apellido _____

Fecha de nacimiento (mes/día/año) ____/____/____

Relación con el Jefe de Familia:

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Cónyuge/pareja del jefe de familia | <input type="checkbox"/> Miembro temporalmente ausente (como en servicio militar activo) |
| <input type="checkbox"/> Otro miembro adulto del grupo familiar | <input type="checkbox"/> Miembro confinado en una residencia de ancianos u hospital |
| <input type="checkbox"/> Dependiente (incluidos los hijos menores de 18 años) | |

Género: ☐ No contesta ☐ Femenino ☐ Masculino ☐ No binario
☐ Transgénero ☐ Cuestionándose ☐ Identidad cultural específica (por ejemplo, Dos Espíritus) ☐ Identidad diferente

Raza (seleccione todas las que correspondan):

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Indio Americano/Nativo de Alaska | <input type="checkbox"/> Nativo de Hawaai/Isleño del Pacífico |
| <input type="checkbox"/> Asiático o Asiático-Americano | <input type="checkbox"/> Blanco |
| <input type="checkbox"/> Negro/Afroamericano o Africano | <input type="checkbox"/> Otro |
| <input type="checkbox"/> Oriente Medio o Norte de África | <input type="checkbox"/> No contesta |

Etnia: ☐ No Hispano o latino ☐ Hispano o latino ☐ No contesta

Discapacidad: ¿Esta persona vive con una discapacidad? ☐ No ☐ Sí ☐ No sabe ☐ No contesta

*Si necesita incluir a otros miembros del grupo familiar, consulte el **Formulario de Miembros Adicionales del Grupo Familiar** que encontrará en los apéndices.*

C. Verificación de Ingresos

 IHA DPA HCS

* Indica información requerida

Nombre del Solicitante* _____ Nombre del Cosolicitante _____

Todos los miembros permanentes del grupo familiar mayores de 18 años deben presentar documentación sobre sus ingresos. Usted debe proporcionar información sobre los ingresos anuales (de todas las fuentes) de todos los miembros del grupo familiar mayores de 18 años. Para cada adulto, debe enumerar una fuente de ingresos o certificar que no tienen ingresos. Los miembros del grupo familiar que sean menores de 18 años deben ser declarados en esta solicitud, pero no se recopilará documentación sobre los ingresos.

Miembros Adultos del Grupo Familiar que Declaran Impuestos

- **Presentación Única:** Las personas que hayan presentado una declaración de impuestos sobre la renta al Servicio de Impuestos Internos (IRS, por sus siglas en inglés) correspondiente al año calendario más reciente deberán elegir un documento fiscal para presentarlo para la verificación de los ingresos. Algunos de estos documentos pueden ser el formulario 1040 o 1040EZ del IRS correspondiente al año calendario más reciente, el formulario 8879 del IRS o un registro de la declaración de impuestos. (Si presenta una declaración de impuestos, no se requiere ningún documento adicional).
- **Situación Fiscal de Personas Casadas con Declaración Conjunta:** Si está casado y presenta la declaración de impuestos conjuntamente con su cónyuge, elija los documentos de declaración de impuestos apropiados para ambos miembros del grupo familiar. Debe dividir el valor total de los ingresos brutos ajustados por la mitad y declarar la mitad de los ingresos de cada declarante conjunto.

Miembros Adultos del Grupo Familiar que No Declaran Impuestos

- Las personas deben declarar cada fuente aplicable de ingresos por separado.
- Se requiere documentación justificativa de cada fuente de ingresos para que su agencia local de vivienda o su gerente de caso puedan calcular sus ingresos.

Miembros del Grupo Familiar Adultos que No Perciben Ingresos

- Las personas sin ingresos seleccionarán "Cero Ingresos" entre las opciones proporcionadas.
- El miembro del grupo familiar deberá firmar una certificación adjunta y entregarla a su agencia local de vivienda o al gerente de caso.

Miembros del Grupo Familiar Menores de Edad

- Se debe declarar a los hijos menores, pero no se recopilará información sobre los ingresos. Seleccione "Menor de edad: Menor de 18 años" en las opciones proporcionadas.

¿Tiene preguntas?

Correo Electrónico: housingsupport@reoregon.org
Llame al 877-510-6800 o al 541-250-0938

C. Verificación de Ingresos

Resumen de la Verificación de Ingresos del Grupo Familiar

Número de personas mayores de 18 años que viven actualmente en mi grupo familiar	
Número de personas menores de 18 años que viven actualmente en mi grupo familiar	
Número total de personas en mi grupo familiar (línea 1 + línea 2)	

Detalles de los Ingresos

El programa de Servicios de Apoyo a la Vivienda utiliza la información sobre los ingresos de los miembros del grupo familiar para calcular los ingresos brutos ajustados totales de los miembros del grupo familiar mayores de 18 años. Si no se ha presentado la declaración de impuestos sobre la renta de un miembro adulto del grupo familiar, el programa calculará los ingresos brutos ajustados de cada miembro del grupo familiar.

C.1 Estado de la Declaración de Impuestos de los Miembros del Grupo Familiar*

Proporcione información sobre los ingresos de cada miembro del grupo familiar, incluidos los menores y los dependientes. Si un miembro del grupo familiar responde "No" a la pregunta "¿Presentó una declaración de impuestos sobre la renta del año pasado y tiene acceso a sus formularios fiscales o a un registro del IRS?", pase a C.2. Si su respuesta es "Sí", pase a la sección siguiente.

	Nombre del Miembro del Grupo Familiar	Relación con el Jefe de Familia	Fecha de Nacimiento (mes/día/año)	¿Presentó la declaración del impuesto sobre la renta del año pasado y tiene acceso a su IRS 1040, IRS 8879 o registro del IRS?	
1			/ /	<input type="checkbox"/> Sí, presentado individualmente <input type="checkbox"/> Sí, presentado conjuntamente	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/C, Menor/Dependiente
2			/ /	<input type="checkbox"/> Sí, presentado individualmente <input type="checkbox"/> Sí, presentado conjuntamente	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/C, Menor/Dependiente
3			/ /	<input type="checkbox"/> Sí, presentado individualmente <input type="checkbox"/> Sí, presentado conjuntamente	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/C, Menor/Dependiente
4			/ /	<input type="checkbox"/> Sí, presentado individualmente <input type="checkbox"/> Sí, presentado conjuntamente	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/C, Menor/Dependiente
5			/ /	<input type="checkbox"/> Sí, presentado individualmente <input type="checkbox"/> Sí, presentado conjuntamente	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/C, Menor/Dependiente
6			/ /	<input type="checkbox"/> Sí, presentado individualmente <input type="checkbox"/> Sí, presentado conjuntamente	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/C, Menor/Dependiente
7			/ /	<input type="checkbox"/> Sí, presentado individualmente <input type="checkbox"/> Sí, presentado conjuntamente	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/C, Menor/Dependiente
8			/ /	<input type="checkbox"/> Sí, presentado individualmente <input type="checkbox"/> Sí, presentado conjuntamente	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/C, Menor/Dependiente

C. Verificación de Ingresos

Jefe de Familia

C.2 Si es usted el jefe de familia y ha contestado “No” en C.1, complete las siguientes preguntas:

Seleccione todas las fuentes de ingresos aplicables para este miembro del grupo familiar[†]

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Sueldos, salarios o propinas | <input type="checkbox"/> Indemnización por desempleo |
| <input type="checkbox"/> Distribuciones de la Cuenta de Retiro Individual (IRA, por sus siglas en inglés) | <input type="checkbox"/> Contribuciones recurrentes en efectivo [‡] |
| <input type="checkbox"/> Ingresos por inversiones | <input type="checkbox"/> Ingresos procedentes de negocios incluidas las propiedades en alquiler [‡] |
| <input type="checkbox"/> Pensión o renta vitalicia | <input type="checkbox"/> No tiene ingresos [‡] |
| <input type="checkbox"/> Jubilación | <input type="checkbox"/> Pensión conyugal |
| <input type="checkbox"/> Manutención infantil | <input type="checkbox"/> Seguro Social (jubilación, discapacidad, complementario) |
| <input type="checkbox"/> Beneficios públicos | |
| <input type="checkbox"/> Otros (Enumere los tipos): _____ | |

¿Cuántos dependientes tiene? _____

Se consideran dependientes los miembros del grupo familiar menores de 18 años; personas mayores dependientes; personas discapacitadas o minusválidas; o estudiantes a tiempo completo; pero no el jefe de familia, el cónyuge o los niños de acogida.

¿Tuvo su grupo familiar algún gasto de cuidado infantil en el último año para niños de 12 años o menos para permitir que un miembro del grupo familiar trabajara, buscara empleo o continuara su educación?

(SOLO SE PERMITEN LOS GASTOS NO REEMBOLSADOS POR OTRAS FUENTES).

El cuidado infantil no puede pagarse a otro miembro del grupo familiar.

☐ N/C ☐ No ☐ Sí En caso afirmativo, ¿cuál fue el gasto anual? \$ _____

¿Tuvo su grupo familiar gastos para familiares discapacitados no ancianos en el último año?

(SOLO SE PERMITEN LOS GASTOS NO REEMBOLSADOS POR OTRAS FUENTES).

Los gastos pueden incluir los cuidados asistenciales (proporcionados por una persona ajena al grupo familiar) y/o aparatos auxiliares para cualquier miembro discapacitado del grupo familiar que permitan trabajar a esa persona o a cualquier otro miembro del grupo familiar.

☐ N/C ☐ No ☐ Sí En caso afirmativo, ¿cuál fue el gasto anual? \$ _____

¿Tuvo su grupo familiar gastos médicos y/o de asistencia para familiares ancianos o discapacitados en el último año?

(SOLO SE PERMITEN LOS GASTOS NO REEMBOLSADOS POR OTRAS FUENTES).

☐ N/C ☐ No ☐ Sí En caso afirmativo, ¿cuál fue el gasto anual? \$ _____

[†] Consulte la Lista de Verificación de Documentos para conocer los requisitos de documentación de respaldo.

[‡] Se requiere el Formulario de Certificación de Contribuciones Recurrentes en Efectivo, el Formulario de Certificación de Ingresos Comerciales o el Formulario de Certificación de Cero Ingresos. (Consulte los apéndices para obtener el formulario correspondiente).

C. Verificación de Ingresos

Miembros del Grupo Familiar

C.3 Si ha contestado "No" en C.1, complete las siguientes preguntas para el miembro del grupo familiar que corresponda:

Complete esta sección para cada miembro aplicable del grupo familiar.

Nombre del Miembro del Grupo Familiar _____

Relación con el Jefe de Familia _____

Seleccione todas las fuentes de ingresos aplicables para este miembro del grupo familiar[†]

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Sueldos, salarios o propinas | <input type="checkbox"/> Indemnización por desempleo |
| <input type="checkbox"/> Distribuciones de la IRA | <input type="checkbox"/> Contribuciones recurrentes en efectivo [‡] |
| <input type="checkbox"/> Ingresos por inversiones | <input type="checkbox"/> Ingresos procedentes de negocios incluidas las propiedades en alquiler [‡] |
| <input type="checkbox"/> Pensión o renta vitalicia | <input type="checkbox"/> No tiene ingresos [‡] |
| <input type="checkbox"/> Jubilación | <input type="checkbox"/> Pensión conyugal |
| <input type="checkbox"/> Manutención infantil | <input type="checkbox"/> Seguro Social (jubilación, discapacidad, complementario) |
| <input type="checkbox"/> Beneficios públicos | |
| <input type="checkbox"/> Otros (Enumere los tipos): _____ | |

Nombre del Miembro del Grupo Familiar _____

Relación con el Jefe de Familia _____

Seleccione todas las fuentes de ingresos aplicables para este miembro del grupo familiar[†]

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Sueldos, salarios o propinas | <input type="checkbox"/> Indemnización por desempleo |
| <input type="checkbox"/> Distribuciones de la IRA | <input type="checkbox"/> Contribuciones recurrentes en efectivo [‡] |
| <input type="checkbox"/> Ingresos por inversiones | <input type="checkbox"/> Ingresos procedentes de negocios incluidas las propiedades en alquiler [‡] |
| <input type="checkbox"/> Pensión o renta vitalicia | <input type="checkbox"/> No tiene ingresos [‡] |
| <input type="checkbox"/> Jubilación | <input type="checkbox"/> Pensión conyugal |
| <input type="checkbox"/> Manutención infantil | <input type="checkbox"/> Seguro Social (jubilación, discapacidad, complementario) |
| <input type="checkbox"/> Beneficios públicos | |
| <input type="checkbox"/> Otros (Enumere los tipos): _____ | |

[†] Consulte la Lista de Verificación de Documentos para conocer los requisitos de documentación de respaldo.

[‡] Se requiere el Formulario de Certificación de Contribuciones Recurrentes en Efectivo, el Formulario de Certificación de Ingresos Comerciales o el Formulario de Certificación de Cero Ingresos. (Consulte los apéndices para obtener el formulario correspondiente).

C. Verificación de Ingresos

Miembros del Grupo Familiar

Nombre del Miembro del Grupo Familiar _____

Relación con el Jefe de Familia _____

Seleccione todas las fuentes de ingresos aplicables para este miembro del grupo familiar[†]

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Sueldos, salarios o propinas | <input type="checkbox"/> Indemnización por desempleo |
| <input type="checkbox"/> Distribuciones de la IRA | <input type="checkbox"/> Contribuciones recurrentes en efectivo [‡] |
| <input type="checkbox"/> Ingresos por inversiones | <input type="checkbox"/> Ingresos procedentes de negocios incluidas las propiedades en alquiler [‡] |
| <input type="checkbox"/> Pensión o renta vitalicia | <input type="checkbox"/> No tiene ingresos [‡] |
| <input type="checkbox"/> Jubilación | <input type="checkbox"/> Pensión conyugal |
| <input type="checkbox"/> Manutención infantil | <input type="checkbox"/> Seguro Social (jubilación, discapacidad, complementario) |
| <input type="checkbox"/> Beneficios públicos | |
| <input type="checkbox"/> Otros (Enumere los tipos): _____ | |

Nombre del Miembro del Grupo Familiar _____

Relación con el Jefe de Familia _____

Seleccione todas las fuentes de ingresos aplicables para este miembro del grupo familiar[†]

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Sueldos, salarios o propinas | <input type="checkbox"/> Indemnización por desempleo |
| <input type="checkbox"/> Distribuciones de la IRA | <input type="checkbox"/> Contribuciones recurrentes en efectivo [‡] |
| <input type="checkbox"/> Ingresos por inversiones | <input type="checkbox"/> Ingresos procedentes de negocios incluidas las propiedades en alquiler [‡] |
| <input type="checkbox"/> Pensión o renta vitalicia | <input type="checkbox"/> No tiene ingresos [‡] |
| <input type="checkbox"/> Jubilación | <input type="checkbox"/> Pensión conyugal |
| <input type="checkbox"/> Manutención infantil | <input type="checkbox"/> Seguro Social (jubilación, discapacidad, complementario) |
| <input type="checkbox"/> Beneficios públicos | |
| <input type="checkbox"/> Otros (Enumere los tipos): _____ | |

[†] Consulte la Lista de Verificación de Documentos para conocer los requisitos de documentación de respaldo.

[‡] Se requiere el Formulario de Certificación de Contribuciones Recurrentes en Efectivo, el Formulario de Certificación de Ingresos Comerciales o el Formulario de Certificación de Cero Ingresos. (Consulte los apéndices para obtener el formulario correspondiente).

C. Verificación de Ingresos

Miembros del Grupo Familiar

Nombre del Miembro del Grupo Familiar _____

Relación con el Jefe de Familia _____

Seleccione todas las fuentes de ingresos aplicables para este miembro del grupo familiar[†]

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Sueldos, salarios o propinas | <input type="checkbox"/> Indemnización por desempleo |
| <input type="checkbox"/> Distribuciones de la IRA | <input type="checkbox"/> Contribuciones recurrentes en efectivo [‡] |
| <input type="checkbox"/> Ingresos por inversiones | <input type="checkbox"/> Ingresos procedentes de negocios incluidas las propiedades en alquiler [‡] |
| <input type="checkbox"/> Pensión o renta vitalicia | <input type="checkbox"/> No tiene ingresos [‡] |
| <input type="checkbox"/> Jubilación | <input type="checkbox"/> Pensión conyugal |
| <input type="checkbox"/> Manutención infantil | <input type="checkbox"/> Seguro Social (jubilación, discapacidad, complementario) |
| <input type="checkbox"/> Beneficios públicos | |
| <input type="checkbox"/> Otros (Enumere los tipos): _____ | |

Nombre del Miembro del Grupo Familiar _____

Relación con el Jefe de Familia _____

Seleccione todas las fuentes de ingresos aplicables para este miembro del grupo familiar[†]

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Sueldos, salarios o propinas | <input type="checkbox"/> Indemnización por desempleo |
| <input type="checkbox"/> Distribuciones de la IRA | <input type="checkbox"/> Contribuciones recurrentes en efectivo [‡] |
| <input type="checkbox"/> Ingresos por inversiones | <input type="checkbox"/> Ingresos procedentes de negocios incluidas las propiedades en alquiler [‡] |
| <input type="checkbox"/> Pensión o renta vitalicia | <input type="checkbox"/> No tiene ingresos [‡] |
| <input type="checkbox"/> Jubilación | <input type="checkbox"/> Pensión conyugal |
| <input type="checkbox"/> Manutención infantil | <input type="checkbox"/> Seguro Social (jubilación, discapacidad, complementario) |
| <input type="checkbox"/> Beneficios públicos | |
| <input type="checkbox"/> Otros (Enumere los tipos): _____ | |

[†] Consulte la Lista de Verificación de Documentos para conocer los requisitos de documentación de respaldo.

[‡] Se requiere el Formulario de Certificación de Contribuciones Recurrentes en Efectivo, el Formulario de Certificación de Ingresos Comerciales o el Formulario de Certificación de Cero Ingresos. (Consulte los apéndices para obtener el formulario correspondiente).

D. Información sobre la Vivienda Dañada

 IHA DPA HCS

* Indica información requerida

Nombre del Solicitante* _____ Nombre del Cosolicitante _____

Complete la siguiente información sobre la vivienda dañada y proporcione la documentación de respaldo correspondiente. Para más información sobre la documentación requerida, consulte la **Lista de Verificación de Documentos** en los apéndices.

Ocupación/Residencia Principal

D.1 ¿Era usted inquilino o propietario de su propiedad afectada por el desastre?*

☐ Inquilino ☐ Propietario

D.2 ¿Ha sido alguna vez propietario de una vivienda o propiedad, incluida cualquier propiedad de alquiler?

☐ No ☐ Sí - Actualmente ☐ Sí, en el pasado

D.3 ¿Está buscando una solución de vivienda permanente (como encontrar una vivienda de alquiler asequible o ser propietario de una vivienda asequible)?*

☐ Sí, encontrar una vivienda de alquiler asequible ☐ Sí, ser propietario de una vivienda asequible ☐ No

D.4 ¿La vivienda dañada o destruida era su residencia principal en el momento del evento?*

☐ Sí ☐ No



Usted debe proporcionar documentación que incluya la dirección de la vivienda dañada o destruida, fechada el 7 de septiembre de 2020 o antes, en la que figure usted como residente.

Debe proporcionar UNO de los siguientes documentos:

- Cartas de determinación de la Agencia Federal para el Manejo de Emergencias (FEMA, por sus siglas en inglés) (que especifiquen la residencia principal)
- Cartas de determinación de la Agencia Federal de Pequeños Negocios (SBA, por sus siglas en inglés) (que especifiquen la residencia principal)
- Declaración de impuestos de 2020 (Formulario 1040 del IRS) o solicitud de prórroga
- Documento de identidad expedido por el gobierno (debe indicar la dirección; consulte los formularios aceptables en la Lista de Verificación de Documentos)

¿Tiene preguntas?

Correo Electrónico: housingsupport@reoregon.org

Lláme al 877-510-6800 o al 541-250-0938

D. Información sobre la Vivienda Dañada



Si no puede proporcionar uno de los documentos enumerados anteriormente, deberá presentar DOS de los siguientes documentos como prueba de la ocupación de la propiedad como residencia principal en el momento del evento.

- Factura de servicios públicos o carta de la empresa de servicios públicos confirmando los servicios a usted o al cosolicitante en agosto/septiembre de 2020
- Estado de cuenta de tarjeta de crédito o bancario de agosto/septiembre de 2020
- Registro electoral o escolar (del momento del desastre con los nombres de los solicitantes o de un hijo menor)
- Documentación de beneficios federales (como el Programa para Mujeres, Bebés y Niños [WIC, por sus siglas en inglés]; Medicare; Desempleo; Asistencia Temporal para Familias Necesitadas [TANF, por sus siglas en inglés]).

Circunstancias Especiales de Ocupación

D.5 En el momento del evento de incendio forestal, ¿existía alguna circunstancia especial que pudiera afectar a su prueba de residencia principal (como haber sido personal militar en servicio activo, haber estado incapacitado por enfermedad, haber estado encarcelado en el momento del evento, haber vivido en una residencia de ancianos en el momento del evento o alguna otra razón)?*

☐ Sí (En caso afirmativo, responda D.5a-D.5e). ☐ No (En caso negativo, pase a D.6).

D.5a ¿Estaba usted o alguno de los solicitantes en servicio activo en las fuerzas armadas en el momento del evento?

☐ Sí ☐ No



En caso afirmativo, deberá proporcionar pruebas de que se encontraba fuera de su residencia principal en el momento del evento.

D.5b ¿Estaba usted o algún solicitante incapacitado por enfermedad en el momento del evento?

☐ Sí ☐ No



En caso afirmativo, deberá proporcionar pruebas de enfermedad o estancias médicas en el momento del evento.

D.5c ¿Estaba usted o algún solicitante encarcelado en el momento del evento?

☐ Sí ☐ No



En caso afirmativo, deberá proporcionar pruebas de su encarcelamiento en el momento del evento.

D.5d ¿Estaba usted o algún solicitante en una residencia de ancianos en el momento del evento?

☐ Sí ☐ No



En caso afirmativo, deberá proporcionar pruebas de la estancia en una residencia de ancianos o en una residencia asistida en el momento del evento.

D.5e ¿Hubo otras circunstancias especiales relativas a la ocupación que haya experimentado en el momento del evento?

☐ Sí (En caso afirmativo, explique) _____

☐ No



En caso afirmativo, deberá aportar pruebas de estas circunstancias de ocupación en el momento del evento.

D. Información sobre la Vivienda Dañada

Información Sobre la Vivienda Dañada/Destruída

Si ha respondido “propietario” a la pregunta D.1, complete las siguientes preguntas:

D.6 ¿Tiene actualmente una hipoteca o un préstamo sobre la vivienda?*

- ☐ Sí (En caso afirmativo, responda D.6a). ☐ No (En caso negativo, pase a D.7).

D.6a ¿Cuál es la situación de la hipoteca?

Si el solicitante aún no está al día o en un plan de pago, puede seguir adelante con el procesamiento de la solicitud si acepta solicitar servicios de asesoramiento sobre vivienda.

- ☐ Mis pagos de la hipoteca están al día; no he recibido un Aviso de Incumplimiento o una Carta de Incumplimiento Previa a la Ejecución Hipotecaria.
- ☐ Estoy en un plan de pago formal con el prestamista hipotecario para evitar la ejecución hipotecaria.
- ☐ He recibido una carta de morosidad o ejecución hipotecaria.

D.7 Si tenía una hipoteca/préstamo en el momento del desastre, ¿le exigió el banco/prestamista que pagara el saldo del préstamo después de que la vivienda resultara dañada/destruida?* ☐ Sí ☐ No

D.8 ¿Existen otros gravámenes sobre la vivienda?* ☐ No ☐ Sí (explique): _____

D.9 ¿Está al día en el pago de sus impuestos sobre la propiedad o tiene un acuerdo de pago a plazos con la oficina del asesor fiscal?*

- ☐ No aplica, ya que estoy exento del impuesto sobre la propiedad.
- ☐ Estoy al día con mis impuestos sobre la propiedad.
- ☐ Estoy en un acuerdo formal de pago a plazos de los impuestos sobre la propiedad.
- ☐ Estoy en mora en mis impuestos sobre la propiedad sin acuerdo de pago a plazos con la oficina del asesor fiscal.
- ☐ Estoy en proceso de ejecución hipotecaria o he presentado una Prórroga de Ejecución Hipotecaria debido a la mora en impuestos sobre la propiedad.
- ☐ Estoy en un acuerdo formal de pago a plazos de los impuestos sobre la propiedad.
- ☐ Participo en el programa de aplazamiento del impuesto sobre la propiedad de Oregón.
- ☐ Hay una orden de embargo fiscal o gravamen fiscal emitidos sobre mi propiedad.
- ☐ No aplica, ya que mi propiedad fue vendida o destruida.

E. Estabilidad de Vivienda

 IHA

 DPA

 HCS

Para reunir los requisitos del programa de Ayuda para Viviendas Intermedias (IHA, por sus siglas en inglés), debe cumplir uno de los siguientes criterios:

- Sus gastos mensuales de vivienda (incluyendo alquiler, hipoteca, impuestos sobre la propiedad, seguros, cuotas de la asociación de propietarios, préstamos mobiliarios/para artículos personales, alquiler de terrenos y/o alquiler de parcelas en un parque de viviendas prefabricadas) son superiores al 30% de los ingresos brutos mensuales ajustados de su grupo familiar.
- Usted vive en una vivienda que no es digna, segura y sanitaria. Esto incluye las viviendas superpobladas según la Norma de Ocupación del Programa. También tiene que demostrar que el alquiler medio en su condado le costaría más del 30% de sus ingresos.

Estabilidad de Vivienda

Responda a las siguientes preguntas para ayudar al programa a evaluar su estabilidad de vivienda:

E.1 Introduzca sus gastos mensuales de vivienda en las tablas siguientes. Si una categoría no se aplica a usted, introduzca \$0.

E.1a Introduzca su alquiler o alojamiento mensual actual: \$ _____

E.1b Si anteriormente era propietario y todavía tiene que realizar pagos de la hipoteca, impuestos, seguros u otros gastos, introduzca los costos mensuales a continuación:

☐ No se aplica, los siguientes no son costos de vivienda para mi grupo familiar

Costo de Vivienda	Costo Mensual (\$)
Pagos Hipotecarios	
Impuestos sobre la Propiedad	
Seguro para Propietarios	
Cuotas de la Asociación de Propietarios	
Préstamos para Bienes Muebles/Préstamos Mobiliarios para Casas Prefabricadas, Modulares, Modelos de Parque o Casas Pequeñas (<i>Tiny Homes</i>)	
Alquiler de Parcela/Espacio en Parque de Casas Prefabricadas	
Alquiler de Terrenos	
Costos Mensuales Totales de Vivienda	

¿Tiene preguntas?

Correo Electrónico: housingsupport@reoregon.org
Llame al 877-510-6800 o al 541-250-0938

E. Estabilidad de Vivienda

E.2 ¿Su situación de vivienda actual (como un hotel, quedarse con familiares/amigos u otro tipo de alojamiento temporal/inseguro) *no* es digna, segura o sanitaria?

☐ No ☐ Sí

Si ha contestado "Sí", describa sus condiciones de vivienda actuales: _____

*Si ha respondido **Sí** a la pregunta E.2, su agencia de acción comunitaria asignada deberá realizar una inspección de su situación actual de vivienda antes de determinar si es elegible para recibir la IHA.*

F. Estado de la Recuperación de Desastres

 IHA

 DPA

 HCS

* Indica información requerida

Nombre del Solicitante* _____ Nombre del Cosolicitante _____

F.1 ¿Recibe actualmente ayuda para el alquiler de algún programa?* ☐ Sí (responda F.1a-c) ☐ No
Algunos ejemplos son la Sección 8, el Vale de Elección de Vivienda, la Asistencia Uniforme de Reubicación, el Realojamiento Rápido, la Subvención para Soluciones de Emergencia y/u otras ayudas al alquiler federales o del estado.

F.1a Indique el nombre del programa _____

F.1b ¿Cuánta ayuda recibe al mes? \$ _____

F.1c ¿Con qué frecuencia recibe la ayuda?

☐ Mensualmente ☐ Trimestralmente ☐ Anualmente ☐ Otra: _____

F.2 ¿Tiene previsto recibir ayuda para el alquiler de algún programa en el próximo año?*

☐ Sí (responda F.2a-d) ☐ No

Algunos ejemplos son la Sección 8, el Vale de Elección de Vivienda, la Asistencia Uniforme de Reubicación, el Realojamiento Rápido, la Subvención para Soluciones de Emergencia y/u otras ayudas al alquiler federales o del estado.

F.2a Indique el nombre del programa _____

F.2b ¿Cuánta ayuda prevé recibir? \$ _____

F.2c ¿Con qué frecuencia recibirá la ayuda?

☐ Mensualmente ☐ Trimestralmente ☐ Anualmente ☐ Otra: _____

F.2d ¿Cuánto tiempo prevé que durará esta ayuda? _____

¿Tiene preguntas?

Correo Electrónico: housingsupport@reoregon.org
Llame al 877-510-6800 o al 541-250-0938

F. Estado de la Recuperación de Desastres

F.3 ¿Recibe actualmente ayuda para los servicios públicos de algún programa*?

☐ Sí (responda F.3a-c) ☐ No

Algunos ejemplos son el Programa de Asistencia Energética para Hogares de Bajos Ingresos (LIHEAP, por sus siglas en inglés), el Programa de Asistencia Energética de Oregón (OEAP, por sus siglas en inglés) y/u otras ayudas federales o del estado para servicios públicos.

F.3a Indique el nombre del programa _____

F.3b ¿Cuánta ayuda recibe? \$ _____

F.3c ¿Con qué frecuencia recibe la ayuda?

☐ Mensualmente ☐ Trimestralmente ☐ Anualmente ☐ Otra: _____

F.4 ¿Espera recibir ayuda para servicios públicos de algún programa en el próximo año*?

☐ Sí (responda F.4a-d) ☐ No ☐ No lo sé

F.4a Indique el nombre del programa _____

F.4b ¿Cuánta ayuda espera recibir? \$ _____

F.4c ¿Con qué frecuencia recibirá la ayuda?

☐ Mensualmente ☐ Trimestralmente ☐ Anualmente ☐ Otra: _____

F.4d ¿Cuánto tiempo prevé que durará esta ayuda? _____

F.5 ¿Recibe actualmente algún servicio de asesoramiento sobre vivienda para ayudarle a encontrar una vivienda asequible o a entender o gestionar sus finanzas?* ☐ Sí (responda F.5a-b) ☐ No

F.5a Indique el nombre de la agencia _____

F.5b Tipo de servicio(s) que recibe _____

F.6 ¿Ha solicitado ayuda para la compra de una vivienda asequible de algún otro programa*?

☐ Sí (responda F.6a) ☐ No

Algunos ejemplos son Proud Ground, McKenzie Community Land Trust, Habitat for Humanity, programa de Adquisición de Vivienda del Departamento de Vivienda y Servicios Comunitarios de Oregón, programa de asistencia para compradores de vivienda por primera vez HOME de Rogue Valley Association of Realtors/Oregon Association of Realtors, Desarrollo Rural del Departamento de Agricultura de los EE. UU., Asociación de Veteranos de Oregón (VA, por sus siglas en inglés).

F.6a Indique el nombre del programa o de la agencia _____

Beneficios de Seguros y Asistencia por Desastres

F.7 ¿Había una póliza de seguro en vigor para la vivienda dañada o destruida en el momento del evento?* ☐ Sí (responda F.7a) ☐ No

F.7a ¿Incluía el seguro cobertura por Pérdida de Uso o Gastos de Vivienda Adicionales?

☐ Sí ☐ No ☐ No lo sé

F. Estado de la Recuperación de Desastres

F.8 Seleccione su estatus para los tipos de asistencia en caso de desastre enumerados a continuación:

Tipo de Beneficio	¿Algún miembro de su grupo familiar ha solicitado y/o recibido alguna ayuda para su propiedad dañada?	Si recibió ayuda, ¿la utilizó para el fin previsto?
a. Asistencia de Alquiler de la Agencia Federal para el Manejo de Emergencias (FEMA, por sus siglas en inglés)	<input type="checkbox"/> No solicitó <input type="checkbox"/> Solicitada, pero no recibió asistencia <input type="checkbox"/> Solicitada y recibida <input type="checkbox"/> No estoy seguro	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
b. Unidad de Vivienda Temporal (THU, por sus siglas en inglés) de FEMA, también conocida como Casa Rodante FEMA. <i>Debido a dificultades financieras, FEMA puede reducir el precio de compra de una THU para un superviviente.</i>	<input type="checkbox"/> No solicitó <input type="checkbox"/> Solicitada, pero no recibió asistencia <input type="checkbox"/> Solicitada y recibida <input type="checkbox"/> No estoy seguro	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
c. Fondos de Asistencia para la Recuperación y la Resiliencia ante Incendios Forestales del OHCS	<input type="checkbox"/> No solicitó <input type="checkbox"/> Solicitada, pero no recibió asistencia <input type="checkbox"/> Solicitada y recibida <input type="checkbox"/> No estoy seguro	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
d. Asistencia de Vivienda por Daños de Incendios Forestales de OHCS	<input type="checkbox"/> No solicitó <input type="checkbox"/> Solicitada, pero no recibió asistencia <input type="checkbox"/> Solicitada y recibida <input type="checkbox"/> No estoy seguro	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
e. Asistencia Hipotecaria Provisional	<input type="checkbox"/> No solicitó <input type="checkbox"/> Solicitada, pero no recibió asistencia <input type="checkbox"/> Solicitada y recibida <input type="checkbox"/> No estoy seguro	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No



Debe proporcionar copias de su póliza de seguro y de la carta de adjudicación o determinación que incluya el monto de la ayuda, un resumen de los beneficios y los usos permitidos para estos fondos.

F.9 ¿Recibió alguna ayuda para desastres de otras fuentes, como organizaciones sin fines de lucro, agencias gubernamentales (como programas del condado), seguros (por inundaciones, incendios o peligros) o fundaciones locales para vivienda temporal relacionada con el desastre, ayuda para el alquiler o para comprar una vivienda o una casa prefabricada?

- ☐ Sí (proporcione la información solicitada a continuación, luego continúe con F.10)
- ☐ No (continúe con F.10)

F. Estado de la Recuperación de Desastres

Enumere cualquier ayuda para desastres que haya recibido de otras fuentes. Esto puede incluir la ayuda de grupos como los comités de recuperación a largo plazo/para necesidades insatisfechas, Energy Trust of Oregon, United Way, Caridades Católicas, Sociedad de San Vicente de Paúl, Habitat for Humanity y Homes for Good.

Fuente de Financiación	Monto de Financiación	Uso de la Financiación (seleccione uno)	
	\$	<input type="checkbox"/> Reparación/Rehabilitación <input type="checkbox"/> Protección contra Incendios <input type="checkbox"/> Reemplazo <input type="checkbox"/> Reconstrucción <input type="checkbox"/> Fondos Flexibles	<input type="checkbox"/> Bienes Muebles <input type="checkbox"/> Viviendas Temporales (<i>no RV</i>) <input type="checkbox"/> Viviendas Temporales (<i>RV</i>) <input type="checkbox"/> Ayuda para el Alquiler
	\$	<input type="checkbox"/> Reparación/Rehabilitación <input type="checkbox"/> Protección contra Incendios <input type="checkbox"/> Reemplazo <input type="checkbox"/> Reconstrucción <input type="checkbox"/> Fondos Flexibles	<input type="checkbox"/> Bienes Muebles <input type="checkbox"/> Viviendas Temporales (<i>no RV</i>) <input type="checkbox"/> Viviendas Temporales (<i>RV</i>) <input type="checkbox"/> Ayuda para el Alquiler
	\$	<input type="checkbox"/> Reparación/Rehabilitación <input type="checkbox"/> Protección contra Incendios <input type="checkbox"/> Reemplazo <input type="checkbox"/> Reconstrucción <input type="checkbox"/> Fondos Flexibles	<input type="checkbox"/> Bienes Muebles <input type="checkbox"/> Viviendas Temporales (<i>no RV</i>) <input type="checkbox"/> Viviendas Temporales (<i>RV</i>) <input type="checkbox"/> Ayuda para el Alquiler



Para los casos en curso, debe proporcionar a su agencia local de vivienda o gerente de caso una copia de la carta de estado o expediente judicial más reciente.

Si se ha llegado a un acuerdo, presente la documentación final del acuerdo legal que describa el monto, el propósito o los acuerdos de los plazos y las posibles fechas de pago.

Prueba de Daños

F.10 Si no recibió ayuda para desastres de ninguna de las fuentes anteriores, proporcione pruebas de los daños debido a los incendios forestales o vientos en línea recta del Día del Trabajo de 2020.



Consulte la Lista de Verificación de Documentos en los apéndices para obtener más información.

G. Selección de Asistencia

* Indica información requerida

Nombre del Solicitante* _____ Nombre del Cosolicitante _____

¿Qué tipo de ayuda desea recibir de Servicios de Apoyo a la Vivienda?*

(seleccione todas las que correspondan)

Marque aquí si está interesado	Tipo de Asistencia	Descripción de la Asistencia
<input type="checkbox"/>	Exploración de Posibles Viviendas	<ul style="list-style-type: none"> • Ayuda para localizar unidades de alquiler asequibles • Orientación sobre el proceso de solicitud de alquiler • Asistencia para comprender los contratos de alquiler
<input type="checkbox"/>	Ayuda para el Alquiler y los Servicios Públicos	<ul style="list-style-type: none"> • Ayudas para el alquiler a corto o medio plazo • Ayuda para el depósito de seguridad • Ayuda para el pago de servicios públicos
<input type="checkbox"/>	Asesoramiento Financiero	<ul style="list-style-type: none"> • Talleres de presupuestos y planificación financiera • Servicios de reparación del crédito • Asistencia para la gestión de la deuda
<input type="checkbox"/>	Ayuda para el Pago Inicial	<ul style="list-style-type: none"> • Ayuda financiera directa • Asistencia para los costos de cierre • Educación y asesoramiento para compradores de vivienda • Presupuestos y planificación financiera
<input type="checkbox"/>	Conocer otros programas de OHCS para los que podría ser elegible	

¿Tiene preguntas?

Correo Electrónico: housingsupport@reoregon.org

Llame al 877-510-6800 o al 541-250-0938

H. Presentación de la Solicitud y Firmas

 IHA DPA HCS

Propósito

Al firmar y enviar estas páginas, usted está confirmando su solicitud y aceptando los términos y condiciones de los programas de Ayuda para Viviendas Intermedias (IHA, por sus siglas en inglés), Ayuda para el Pago Inicial (DPA, por sus siglas en inglés) y/o Servicios de Asesoramiento sobre Vivienda (HCS, por sus siglas en inglés) de ReOregon.

Instrucciones

Imprima las páginas de esta sección, marque las casillas para acusar recibo de cada sección y proporcione su firma original para cada subsección.

Nombre del Solicitante* _____ Nombre del Cosolicitante _____

Prueba de Daños

- ☐ **Por la presente consiento la divulgación de mi información recopilada por agencias federales o estatales, empresas privadas y/u otras organizaciones a ReOregon, la entidad que administra IHA, DPA y HCS.***
- ☐ **Yo entiendo y estoy de acuerdo en que:***
- La información y los datos que he/hemos presentado y proporcionado, por escrito o verbalmente a un representante, se utilizarán para evaluar mi necesidad y elegibilidad para recibir asistencia en el marco de diferentes actividades de recuperación de desastres y/o programas de asistencia para la vivienda relacionados con los Desastres del Día del Trabajo de 2020.
 - La información y los datos presentados pueden estar sujetos a verificación.
 - Los datos y documentos que he proporcionado a las agencias estatales y federales, sus contratistas, organizaciones sin fines de lucro y otras agencias, grupos u organizaciones asociadas para recibir beneficios en virtud de cualquiera de las actividades de respuesta ante desastres, recuperación y/o programas de asistencia para la vivienda pueden ser compartidos y utilizados para determinar o verificar mi elegibilidad para recibir asistencia.

¿Tiene preguntas?

Correo Electrónico: housingsupport@reoregon.org
Llame al 877-510-6800 o al 541-250-0938

H. Presentación de la Solicitud y Firmas

☐ **Yo doy consentimiento a ReOregon para que remita mi solicitud a otros proveedores de programas de ReOregon y acepto que:***

- Si solicito servicios de asesoramiento sobre vivienda, ayuda para el pago inicial o unidades de vivienda asequibles, entiendo que la información proporcionada en esta solicitud o a través de los programas puede ser compartida por los diferentes programas.
- Tengo derecho a aceptar o rechazar servicios o productos de cualquier remisión.
- No será responsabilidad del proveedor resolver mi(s) reto(s) financiero(s), de vivienda o legal(es), sino proporcionarme orientación y educación para capacitarme en la resolución de mi(s) reto(s).
- Con el fin de proporcionar bienes y servicios, incluida la administración de casos, la coordinación de las actividades de recuperación entre organismos y organizaciones sin fines de lucro, y la prevención de la duplicación de servicios, doy/damos mi/nuestro consentimiento para que se divulgue la información anterior a las organizaciones mencionadas y a otras que pueda identificar ReOregon. La información recopilada a través de este proceso de solicitud de ReOregon también puede ser divulgada a terceros con el fin de coordinar los beneficios y proporcionar asistencia adicional a los solicitantes. Toda la información que figura en este Consentimiento de Divulgación de información es verdadera y completa a mi/nuestro leal saber y entender.

Firma del Solicitante* _____ Fecha* _____

Firma del Cosolicitante (si corresponde) _____ Fecha _____

Conflicto de Intereses

Puede existir un conflicto de intereses para cualquier empleado, agente, consultor, funcionario, funcionario electo o funcionario designado del beneficiario, o para cualquier organismo público designado, subreceptor que ejerza o haya ejercido cualquier función o responsabilidad con respecto a las actividades subvencionadas por la Subvención en Bloque para el Desarrollo Comunitario Recuperación de Desastres (CDBG-DR, por sus siglas en inglés) de ReOregon, o que esté en posición de participar en un proceso de toma de decisiones o de obtener información privilegiada con respecto a dichas actividades, que pueda obtener un interés financiero o beneficio de una actividad asistida por ReOregon, o que tenga un interés financiero en cualquier contrato, subcontrato o acuerdo con respecto a una actividad asistida por ReOregon, o con respecto a los ingresos de la actividad asistida por el programa CDBG-DR, ya sea para sí mismos o para aquellos con los que tengan vínculos comerciales o familiares inmediatos, durante su mandato o durante un año después (24 CFR 570.611).

Seleccione la opción que mejor se aplique a su situación:*

- ☐ No tengo conflictos
- ☐ Tengo conflictos o no estoy seguro de tenerlos

Firma del Solicitante* _____ Fecha* _____

Firma del Cosolicitante (si corresponde) _____ Fecha _____

H. Presentación de la Solicitud y Firmas

Acuse de Recibo de los Formularios o Avisos del Programa

Marque las casillas y firme a continuación para acusar recibo de la siguiente información como parte de su solicitud.

- ☐ Folleto de la Agencia de Protección Ambiental de los Estados Unidos: "Proteja a su familia del plomo en su hogar"

Firma del Solicitante* _____ Fecha* _____

Firma del Cosolicitante (si corresponde) _____ Fecha _____

Autorización del Solicitante

- ☐ Yo autorizo a ReOregon, OHCS y sus agentes y representantes a obtener información sobre mí y mi grupo familiar para determinar mi elegibilidad para participar en el programa CDBG-DR.
- ☐ Reconozco que:*
- Una fotocopia de este formulario es tan válida como el original; Y
 - Tengo derecho a revisar la información recibida mediante este formulario; Y
 - Tengo derecho a una copia de la información proporcionada a la entidad y a solicitar la corrección de cualquier información que considere inexacta; Y
 - Soy responsable de hacer todo lo posible para garantizar que todos los miembros adultos del grupo familiar cooperarán con el proceso de verificación de la elegibilidad; Y
 - Entiendo que mis documentos pueden quedar almacenados de manera electrónica permanentemente.

H. Presentación de la Solicitud y Firmas

Certificación del Solicitante

- ☐ Yo entiendo que la información proporcionada anteriormente se recopila para determinar si yo reúno los requisitos para recibir asistencia bajo el programa de la Subvención en Bloque para el Desarrollo Comunitario Recuperación de Desastres (CDBG-DR, por sus siglas en inglés) de ReOregon.*
- ☐ Por la presente, certifico que toda la información aquí proporcionada es verdadera y correcta.
- ☐ Yo entiendo que proporcionar declaraciones o información falsa es motivo para la terminación de la asistencia para la vivienda y es punible según la ley federal.

Firma del Solicitante* _____ Fecha* _____

Firma del Cosolicitante (si corresponde) _____ Fecha _____

ADVERTENCIA: Toda persona que, a sabiendas, haga una reclamación o una declaración falsa a el Departamento de Vivienda y Desarrollo Urbano de los EE. UU. (HUD, por sus siglas en inglés) puede estar sujeta a sanciones civiles o penales en virtud de 18 U.S.C. 287, 1001 y 31 U.S.C. 3729. Bajo pena de perjurio, yo certifico que la información presentada anteriormente es verdadera y exacta a mi leal saber y entender. Además, entiendo que proporcionar declaraciones falsas en este documento constituye un acto de fraude. La información falsa, engañosa o incompleta puede resultar en mi inelegibilidad para participar en este programa o en cualquier otro programa que acepte esta declaración jurada. El Título 18, Sección 1001 del Código de los EE. UU. establece que una persona es culpable de un DELITO GRAVE si, a sabiendas y deliberadamente, hace una declaración falsa a cualquier departamento del gobierno de los Estados Unidos.

Recuerde:



1. Presentar la documentación de respaldo indicada en la Lista de Verificación de Documentos.
2. Completar los formularios requeridos de los apéndices que deben acompañar a su solicitud.

Apéndices

 IHA DPA HCS

En esta sección encontrará varios formularios que deberá completar y enviar a su gerente de caso, junto con su solicitud. Si tiene preguntas sobre los formularios requeridos para su solicitud, comuníquese con su gerente de caso.

Formularios necesarios en función de la situación del solicitante:

Algunos de estos formularios (o todos) pueden ser requeridos en función de su situación y de las respuestas que haya dado a las preguntas de la solicitud.

Apéndice A: Lista de Verificación de Documentos

Apéndice B: Miembros Adicionales del Grupo Familiar

Apéndice C: Verificación de Ingresos de Miembros Adicionales del Grupo Familiar

Apéndice D: Certificación de Ingresos Comerciales

Apéndice E: Certificación de Contribuciones Recurrentes en Efectivo

Apéndice F: Certificación de Cero Ingresos

Apéndice G: Folleto de la EPA: "Proteja a su familia del plomo en su hogar"

Apéndice H: Divulgación de Información Sobre Pintura a Base de Plomo de EPA

Apéndice I: Formulario de Evaluación Visual

¿Tiene preguntas?

Correo Electrónico: housingsupport@reoregon.org

Llame al 877-510-6800 o al 541-250-0938

Apéndice A: Lista de Verificación de Documentos



** Indica información requerida*

Si pertenece a un grupo familiar con ingresos bajos o moderados y perdió su residencia principal en los Desastres del Día del Trabajo de 2020, el programa de Servicios de Apoyo a la Vivienda de ReOregon puede ayudarle.

Para solicitar ayuda a Servicios de Apoyo a la Vivienda, tendrá que proporcionar documentos que respalden su solicitud. Utilice esta lista de verificación para controlar todo lo que necesita.

Puede encontrar información detallada sobre la lista en re.oregon.gov. Si tiene alguna pregunta, llame al **877-510-6800** o envíe un correo electrónico a housingsupport@reoregon.org. Nos complace atenderle.

A continuación se indican las formas de prueba aceptables. Si no están disponibles, el programa tendrá en cuenta otras pruebas que usted proporcione.

Comprobante de Identidad*

Usted y cualquier cosolicitante deben aportar los siguientes documentos para asegurarse de recibir los beneficios correctos.

☐ **Proporcione una de las siguientes formas de identificación que contenga una fotografía:**

- Licencia de conducir (que no haya vencido hace más de 13 años)
- Identificación expedida por el Estado (que no haya vencido hace más de 13 años)
- Pasaporte o tarjeta de pasaporte (que no haya vencido hace más de cinco años)
- Identificación militar o de las fuerzas armadas vigente
- Identificación tribal vigente de Oregón reconocida a nivel federal
- Licencia de armas/armas ocultas de Oregón (que no haya vencido hace más de cinco años)
- Identificación de liberación del Departamento Correccional de Oregón (expedida después de 2005)
- Identificación consular (que no haya vencido hace más de cinco años)
- Pasaporte extranjero válido
- Certificado de Ciudadanía (Formulario N-560 o N-561)
- Certificado de Naturalización (Formulario N-550 o N-570)
- Tarjeta de residente permanente o tarjeta de registro de extranjero (Formulario I-151 o I-551)
- Tarjeta de autorización de empleo válida (Formulario I-688)

¿Tiene preguntas?

Correo Electrónico: housingsupport@reoregon.org
Llame al 877-510-6800 o al 541-250-0938



Apéndice A: Lista de Verificación de Documentos

- Permiso de reingreso válido (Formulario I-327)
- Documento válido de autorización de empleo expedido por el Servicio de Inmigración y Naturalización (Formulario I-688B)

☐ **Si las opciones anteriores no están disponibles, proporcione dos de las siguientes:**

- Tarjeta del Seguro Social
- Licencia o certificado de matrimonio o acta de matrimonio de EE. UU.
- Certificado de nacimiento
- Formulario de impuestos W-2 o 1099
- Tarjeta de registro de votante
- Identificación de estudiante de Oregón (expedida en los últimos cinco años)
- Tarjeta de Medicare o Medicaid
- Registro escolar
- Tarjeta de seguro médico

Verificación de Ingresos*

Deberá proporcionar documentos que demuestren los ingresos actuales de su grupo familiar. Todos los miembros del grupo familiar mayores de 18 años deben declarar sus ingresos (incluidos los miembros que no tengan ingresos).

Los miembros del grupo familiar que presenten declaración de impuestos deberán presentar una de las siguientes:

- Sección de Verificación de Ingresos completada para cada miembro del grupo familiar (incluidos los menores)
- Declaración de impuestos federales más reciente (firmada y presentada) (Formularios de impuestos 1040, 8870 o 4506-T del IRS) para cada miembro del grupo familiar de 18 años o más

☐ **Los miembros del grupo familiar que no presenten declaración de impuestos deberán presentar documentación de todas las fuentes de ingresos, incluidos salarios, pagos de pensiones, ingresos por inversiones, manutención infantil, etc.**

- **Formularios W-2 o 1099:** Formularios W-2 y/o 1099 para el año 2023.
- **Nóminas de Pago:** los tres meses consecutivos de comprobantes de pagos (por ejemplo, tres comprobantes si le pagan mensualmente, seis comprobantes si le pagan quincenalmente o 12 comprobantes si le pagan semanalmente).
- **Declaración Firmada del Empleador:** una declaración firmada por el empleador que incluya la fecha de empleo, el puesto actual, el salario y la frecuencia de pago, el nombre del empleador y la información de contacto.
- **Distribuciones de la Cuenta de Retiro Individual (IRA, por sus siglas en inglés):** 1099-R o declaración anual para el año 2023.
- **Ingresos por Inversiones:** Formularios 1099-B, 1099-DIV, 1099-INT, y/o 1099-MISC para el año 2023. O proporcione el estado de cuenta mensual o trimestral más reciente.
- **Pensión o Renta Vitalicia:** estado de cuenta anual de la pensión y/o renta vitalicia para el año 2023, o el estado de cuenta mensual o trimestral más reciente, O los talones de cheques de los tres últimos meses consecutivos con fecha.
- **Jubilación:** estado de cuenta anual de jubilación del año 2023, o el estado de cuenta mensual o trimestral más reciente, O los tres últimos meses consecutivos de talones de cheques con fecha.
- **Seguro Social:** Declaración de ingresos por jubilación, incapacidad o ingresos complementarios del Seguro Social para el año 2023, carta de adjudicación o beneficios más reciente, O impresión informática del tribunal o de un organismo público en la que consten los pagos y las fechas.

Apéndice A: Lista de Verificación de Documentos

- **Pensión Alimenticia:** copias de los cheques de los tres últimos meses, con la fecha de registro y el número de cheque; O registro del libro de pagos del tribunal; O una copia de la sentencia de divorcio.
- **Manutención Infantil:** copias de los cheques de los tres últimos meses, con la fecha de registro y el número de cheque; O registro del libro de pagos del tribunal; O una copia de la sentencia de divorcio.
- **Indemnización por Desempleo:** Declaración 1099-G correspondiente al año 2023, los talones de cheque más recientes con el pago y la fecha, O la carta de adjudicación o beneficios más reciente o una impresión informática del tribunal o de la agencia pública en la que consten los pagos y las fechas.
- **Beneficios Públicos:** Talones de cheque más recientes con el pago y la fecha, O la carta de adjudicación o beneficios más reciente o la impresión informática del tribunal o de la agencia pública en la que consten los pagos y las fechas. Ejemplos: Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (TANF, por sus siglas en inglés), discapacidad federal, etc.
- **Ingresos Comerciales, Incluidas las Propiedades de Alquiler:** Formulario de Certificación de Ingresos Comerciales (que encontrará en los apéndices). Todos los miembros del grupo familiar mayores de 18 años que perciban ingresos comerciales deberán firmar y fechar el formulario, certificando los ingresos percibidos durante el periodo de tiempo especificado. Para propiedades de alquiler, cargue copias de cheques de alquiler recientes, contrato de alquiler y recibos de gastos.
- **Contribuciones Recurrentes en Efectivo:** Formulario de Certificación de Contribuciones Recurrentes en Efectivo (que encontrará en los apéndices). Todos los miembros del grupo familiar mayores de 18 años que reciban contribuciones recurrentes en efectivo deberán firmar y fechar el formulario, certificando que reciben ingresos en efectivo en los intervalos identificados.
- **Cero Ingresos:** Formulario de Certificación de Cero Ingresos (consulte los apéndices). Todos los miembros del grupo familiar mayores de 18 años que no perciban ingresos deberán firmar y fechar el formulario, certificando que no reciben ingresos de ninguna de las fuentes enumeradas.
- **Otros Ingresos:** Documentación de apoyo y/o pago de terceros correspondiente.

Prueba De Ocupación y Residencia Principal*

Usted debe proporcionar documentación de respaldo que incluya la dirección de la vivienda dañada o destruida, fechada el 7 de septiembre de 2020 o antes, en la que figure usted como residente.

☐ Proporcione uno de las siguientes

- Cartas de determinación de la Agencia Federal para el Manejo de Emergencias (FEMA, por sus siglas en inglés) (que especifiquen la residencia principal)
- Cartas de determinación de la Agencia Federal de Pequeños Negocios (SBA, por sus siglas en inglés) (que especifiquen la residencia principal)
- Declaración de impuestos de 2020 (Formulario 1040) o solicitud de prórroga
- Documento de identidad expedido por el gobierno
- Póliza del seguro para propietarios de vivienda (que especifique la residencia principal)

Apéndice A: Lista de Verificación de Documentos

☐ Si no puede proporcionar uno de los anteriores, presente dos de los siguientes:

- Factura de servicios públicos o carta de la empresa de servicios públicos confirmando los servicios a usted o al cosolicitante en agosto/septiembre de 2020
- Tarjeta de crédito o estado de cuenta bancario de agosto/septiembre de 2020 en el que figure la dirección de la propiedad dañada
- Registro electoral o escolar (del momento del desastre con los nombres de los solicitantes o del hijo menor)
- Documentación de beneficios federales (como el Programa para Mujeres, Bebés y Niños [WIC, por sus siglas en inglés]; Medicare; Desempleo; Asistencia Temporal para Familias Necesitadas [TANF, por sus siglas en inglés])

Documentación de Ocupación Especial

Proporcione documentación para cualquiera de las siguientes circunstancias especiales de ocupación:

- Pruebas de que estaba asignado fuera de su residencia principal en el momento del evento
- Evidencia de enfermedad o estancias médicas en el momento del evento
- Pruebas de encarcelamiento en el momento del evento
- Pruebas de estancia en una residencia de ancianos o en una residencia asistida en el momento del evento
- Pruebas de estas circunstancias de ocupación en el momento del evento

☐ Circunstancias especiales (si no se pueden proporcionar las pruebas anteriores):

- Servicio militar activo o despliegue: prueba de asignación fuera de la residencia principal en el momento del desastre
- Vivir en otro lugar por enfermedad
- Encarcelamiento
- Residencia de ancianos/centro de vida asistida

Verificación de Daños a la Propiedad*

La propiedad debe haber sufrido daños como consecuencia directa de los Desastres del Día del Trabajo de 2020.

☐ Presente uno de los siguientes documentos, si los tiene:

- Prueba de la asistencia por desastre recibida
 - Documentos de fuentes federales (incluidas las cartas de adjudicación de FEMA o de la SBA con la descripción de los costos elegibles), estatales, de seguros o de otro tipo, que pueden incluir la verificación de la pérdida de la vivienda, las estimaciones del ajustador de seguros o el pago de la propiedad
- Pruebas de daños, incluidas evaluaciones de daños, fotografías del antes y el después, o cualquier otra documentación

Apéndice A: Lista de Verificación de Documentos

Prueba de Otras Ayudas Recibidas (si corresponde)

Presente todos los documentos aplicables

- Declaración de la Póliza de Seguro de Alquiler
- Carta(s) de Adjudicación de Ayuda para el Alquiler de FEMA
- Carta de Adjudicación de la Unidad de Vivienda Temporal de FEMA
- Carta de Adjudicación de la Asistencia para la Recuperación y la Resiliencia ante Incendios Forestales de OHCS
- Carta de Adjudicación de la Asistencia de Vivienda por Daños de Incendios Forestales de OHCS
- Adjudicación de Acuerdo Legal
- Carta(s) de Adjudicación de Asistencia de Emergencia para el Alquiler por COVID-19

Prueba de los Costos Mensuales de Vivienda*

Presente todos los documentos aplicables

- **Alquiler:** Contrato de alquiler actual u otro contrato de alquiler por escrito O tres meses de recibos de pago de alquiler, O declaración jurada de los pagos de alquiler efectuados (firmada por el propietario y el inquilino)
- **Pagos de la hipoteca:** Estado de cuenta actual de la hipoteca
- **Impuestos sobre la propiedad:** Estado de cuenta actual de la hipoteca (si incluye impuestos sobre la propiedad) O estado de cuenta o factura del impuesto sobre la propiedad
- **Seguro para Propietarios:** Estado de cuenta actual de la hipoteca (si incluye seguro para propietarios) O estado de cuenta o factura actual del seguro para propietarios
- **Cuotas de la Asociación de Propietarios (HOA, por sus siglas en inglés):** Acuerdo de la HOA o factura escrita o estado de cuenta de las cuotas O estado de cuenta actual de la hipoteca (si incluye las cuotas de la HOA)
- **Préstamos para Bienes Muebles/Mobiliarios para Casas Prefabricadas, Modulares, Modelo Parque o Casas Pequeñas (tiny homes):** Estado de cuenta mensual del préstamo
- **Alquiler de Parcela/Espacio en Parque de Casas Prefabricadas:** Contrato de alquiler actual de la parcela o contrato de alquiler por escrito O tres meses de recibos de pago del alquiler de la parcela
- **Alquiler de Terrenos:** Contrato actual de alquiler del terreno O factura o estado de cuenta mensual

Poder Notarial (si corresponde)

- Documento del poder notarial e
- Identificación del apoderado

Apéndice B: Miembros Adicionales del Grupo Familiar

 IHA

 DPA

 HCS

* Indica información requerida

Nombre del Solicitante* _____ Nombre del Cosolicitante _____

Miembro Adicional del Grupo Familiar #5 (si corresponde)

Nombre _____

Segundo Nombre _____

Apellido _____

Fecha de Nacimiento (mes/día/año) ____/____/____

Relación con el Jefe de Familia:

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Cónyuge/pareja del jefe de familia | <input type="checkbox"/> Miembro temporalmente ausente (como en servicio militar activo) |
| <input type="checkbox"/> Otro miembro adulto del grupo familiar | <input type="checkbox"/> Miembro confinado en una residencia de ancianos u hospital |
| <input type="checkbox"/> Dependiente (incluidos los hijos menores de 18 años) | |

Género: ☐ No contesta ☐ Femenino ☐ Masculino ☐ No binario
☐ Transgénero ☐ Cuestionándose ☐ Identidad cultural específica (por ejemplo, Dos Espíritus) ☐ Identidad diferente

Raza (seleccione todas las que correspondan):

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Indio Americano/Nativo de Alaska | <input type="checkbox"/> Nativo de Hawaïi/Isleño del Pacífico |
| <input type="checkbox"/> Asiático o Asiático-Americano | <input type="checkbox"/> Blanco |
| <input type="checkbox"/> Negro/Afroamericano o Africano | <input type="checkbox"/> Otro |
| <input type="checkbox"/> Oriente Medio o Norte de África | <input type="checkbox"/> No contesta |

Etnia: ☐ No hispano o latino ☐ Hispano o latino ☐ No contesta

Discapacidad: ¿Esta persona vive con una discapacidad? ☐ No ☐ Sí ☐ No sabe ☐ No contesta

Apéndice B: Miembros Adicionales del Grupo Familiar

Miembro Adicional del Grupo Familiar #6 (si corresponde)

Nombre _____

Segundo Nombre _____

Apellido _____

Fecha de Nacimiento (mes/día/año) ____/____/____

Relación con el Jefe de Familia:

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Cónyuge/pareja del jefe de familia | <input type="checkbox"/> Miembro temporalmente ausente (como en servicio militar activo) |
| <input type="checkbox"/> Otro miembro adulto del grupo familiar | <input type="checkbox"/> Miembro confinado en una residencia de ancianos u hospital |
| <input type="checkbox"/> Dependiente (incluidos los hijos menores de 18 años) | |

Género: ☐ No contesta ☐ Femenino ☐ Masculino ☐ No binario
☐ Transgénero ☐ Cuestionándose ☐ Identidad cultural específica (por ejemplo, Dos Espíritus) ☐ Identidad diferente

Raza (seleccione todas las que correspondan):

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Indio Americano/Nativo de Alaska | <input type="checkbox"/> Nativo de Hawaai/Isleño del Pacífico |
| <input type="checkbox"/> Asiático o Asiático-Americano | <input type="checkbox"/> Blanco |
| <input type="checkbox"/> Negro/Afroamericano o Africano | <input type="checkbox"/> Otro |
| <input type="checkbox"/> Oriente Medio o Norte de África | <input type="checkbox"/> No contesta |

Etnia: ☐ No hispano o latino ☐ Hispano o latino ☐ No contesta

Discapacidad: ¿Esta persona vive con una discapacidad? ☐ No ☐ Sí ☐ No sabe ☐ No contesta

Apéndice B: Miembros Adicionales del Grupo Familiar

Miembro Adicional del Grupo Familiar #7 (si corresponde)

Nombre _____

Segundo Nombre _____

Apellido _____

Fecha de Nacimiento (mes/día/año) ____/____/____

Relación con el Jefe de Familia:

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Cónyuge/pareja del jefe de familia | <input type="checkbox"/> Miembro temporalmente ausente (como en servicio militar activo) |
| <input type="checkbox"/> Otro miembro adulto del grupo familiar | <input type="checkbox"/> Miembro confinado en una residencia de ancianos u hospital |
| <input type="checkbox"/> Dependiente (incluidos los hijos menores de 18 años) | |

Género: ☐ No contesta ☐ Femenino ☐ Masculino ☐ No binario
☐ Transgénero ☐ Cuestionándose ☐ Identidad cultural específica (por ejemplo, Dos Espíritus) ☐ Identidad diferente

Raza (seleccione todas las que correspondan):

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Indio Americano/Nativo de Alaska | <input type="checkbox"/> Nativo de Hawaia/Isleño del Pacífico |
| <input type="checkbox"/> Asiático o Asiático-Americano | <input type="checkbox"/> Blanco |
| <input type="checkbox"/> Negro/Afroamericano o Africano | <input type="checkbox"/> Otro |
| <input type="checkbox"/> Oriente Medio o Norte de África | <input type="checkbox"/> No contesta |

Etnia: ☐ No hispano o latino ☐ Hispano o latino ☐ No contesta

Discapacidad: ¿Esta persona vive con una discapacidad? ☐ No ☐ Sí ☐ No sabe ☐ No contesta

Apéndice B: Miembros Adicionales del Grupo Familiar

Miembro Adicional del Grupo Familiar #8 (si corresponde)

Nombre _____

Segundo Nombre _____

Apellido _____

Fecha de Nacimiento (mes/día/año) ____/____/____

Relación con el Jefe de Familia:

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Cónyuge/pareja del jefe de familia | <input type="checkbox"/> Miembro temporalmente ausente (como en servicio militar activo) |
| <input type="checkbox"/> Otro miembro adulto del grupo familiar | <input type="checkbox"/> Miembro confinado en una residencia de ancianos u hospital |
| <input type="checkbox"/> Dependiente (incluidos los hijos menores de 18 años) | |

Género: ☐ No contesta ☐ Femenino ☐ Masculino ☐ No binario
☐ Transgénero ☐ Cuestionándose ☐ Identidad cultural específica (por ejemplo, Dos Espíritus) ☐ Identidad diferente

Raza (seleccione todas las que correspondan):

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Indio Americano/Nativo de Alaska | <input type="checkbox"/> Nativo de Hawaai/Isleño del Pacífico |
| <input type="checkbox"/> Asiático o Asiático-Americano | <input type="checkbox"/> Blanco |
| <input type="checkbox"/> Negro/Afroamericano o Africano | <input type="checkbox"/> Otro |
| <input type="checkbox"/> Oriente Medio o Norte de África | <input type="checkbox"/> No contesta |

Etnia: ☐ No hispano o latino ☐ Hispano o latino ☐ No contesta

Discapacidad: ¿Esta persona vive con una discapacidad? ☐ No ☐ Sí ☐ No sabe ☐ No contesta

Apéndice C: Verificación de Ingresos de Miembros Adicionales del Grupo Familiar

* Indica información requerida

Nombre del Solicitante* _____ Nombre del Cosolicitante _____

Miembro Adicional del Grupo Familiar #5 (si corresponde)

Nombre del Miembro del Grupo Familiar _____

Relación con el Jefe de Familia _____

Seleccione todas las fuentes de ingresos aplicables para este miembro del grupo familiar[†]

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Sueldos, salarios o propinas | <input type="checkbox"/> Indemnización por desempleo |
| <input type="checkbox"/> Distribuciones de la Cuenta de Retiro Individual (IRA, por sus siglas en inglés) | <input type="checkbox"/> Contribuciones recurrentes en efectivo [‡] |
| <input type="checkbox"/> Ingresos por inversiones | <input type="checkbox"/> Ingresos procedentes de negocios incluidas las propiedades en alquiler [‡] |
| <input type="checkbox"/> Pensión o renta vitalicia | <input type="checkbox"/> No tiene ingresos [‡] |
| <input type="checkbox"/> Jubilación | <input type="checkbox"/> Pensión conyugal |
| <input type="checkbox"/> Manutención infantil | <input type="checkbox"/> Seguro Social (jubilación, discapacidad, complementario) |
| <input type="checkbox"/> Beneficios públicos | |
| <input type="checkbox"/> Otros (Enumere los tipos): _____ | |

[†] Consulte la Lista de Verificación de Documentos para conocer los requisitos de documentación de respaldo.

[‡] Se requiere el Formulario de Certificación de Contribuciones Recurrentes en Efectivo, el Formulario de Certificación de Ingresos Comerciales o el Formulario de Certificación de Cero Ingresos. (Consulte los apéndices para obtener el formulario correspondiente).

¿Tiene preguntas?

Correo Electrónico: housingsupport@reoregon.org
Llame al 877-510-6800 o al 541-250-0938

Apéndice C: Verificación de Ingresos de Miembros Adicionales del Grupo Familiar

Nombre del Solicitante* _____ Nombre del Cosolicitante _____

Miembro Adicional del Grupo Familiar #6 (si corresponde)

Nombre del Miembro del Grupo Familiar _____

Relación con el Jefe de Familia _____

Seleccione todas las fuentes de ingresos aplicables para este miembro del grupo familiar[†]

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Sueldos, salarios o propinas | <input type="checkbox"/> Indemnización por desempleo |
| <input type="checkbox"/> Distribuciones de la IRA | <input type="checkbox"/> Contribuciones recurrentes en efectivo [‡] |
| <input type="checkbox"/> Ingresos por inversiones | <input type="checkbox"/> Ingresos procedentes de negocios incluidas las propiedades en alquiler [‡] |
| <input type="checkbox"/> Pensión o renta vitalicia | <input type="checkbox"/> No tiene ingresos [‡] |
| <input type="checkbox"/> Jubilación | <input type="checkbox"/> Pensión conyugal |
| <input type="checkbox"/> Manutención infantil | <input type="checkbox"/> Seguro Social (jubilación, discapacidad, complementario) |
| <input type="checkbox"/> Beneficios públicos | |
| <input type="checkbox"/> Otros (Enumere los tipos): _____ | |

[†] Consulte la Lista de Verificación de Documentos para conocer los requisitos de documentación de respaldo.

[‡] Se requiere el Formulario de Certificación de Contribuciones Recurrentes en Efectivo, el Formulario de Certificación de Ingresos Comerciales o el Formulario de Certificación de Cero Ingresos. (Consulte los apéndices para obtener el formulario correspondiente).

Apéndice C: Verificación de Ingresos de Miembros Adicionales del Grupo Familiar

Nombre del Solicitante* _____ Nombre del Cosolicitante _____

Miembro Adicional del Grupo Familiar #7 (si corresponde)

Nombre del Miembro del Grupo Familiar _____

Relación con el Jefe de Familia _____

Seleccione todas las fuentes de ingresos aplicables para este miembro del grupo familiar[†]

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Sueldos, salarios o propinas | <input type="checkbox"/> Indemnización por desempleo |
| <input type="checkbox"/> Distribuciones de la IRA | <input type="checkbox"/> Contribuciones recurrentes en efectivo [‡] |
| <input type="checkbox"/> Ingresos por inversiones | <input type="checkbox"/> Ingresos procedentes de negocios incluidas las propiedades en alquiler [‡] |
| <input type="checkbox"/> Pensión o renta vitalicia | <input type="checkbox"/> No tiene ingresos [‡] |
| <input type="checkbox"/> Jubilación | <input type="checkbox"/> Pensión conyugal |
| <input type="checkbox"/> Manutención infantil | <input type="checkbox"/> Seguro Social (jubilación, discapacidad, complementario) |
| <input type="checkbox"/> Beneficios públicos | |
| <input type="checkbox"/> Otros (Enumere los tipos): _____ | |

[†] Consulte la Lista de Verificación de Documentos para conocer los requisitos de documentación de respaldo.

[‡] Se requiere el Formulario de Certificación de Contribuciones Recurrentes en Efectivo, el Formulario de Certificación de Ingresos Comerciales o el Formulario de Certificación de Cero Ingresos. (Consulte los apéndices para obtener el formulario correspondiente).

Apéndice C: Verificación de Ingresos de Miembros Adicionales del Grupo Familiar

Nombre del Solicitante* _____ Nombre del Cosolicitante _____

Miembro Adicional del Grupo Familiar #8 (si corresponde)

Nombre del Miembro del Grupo Familiar _____

Relación con el Jefe de Familia _____

Seleccione todas las fuentes de ingresos aplicables para este miembro del grupo familiar[†]

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Sueldos, salarios o propinas | <input type="checkbox"/> Indemnización por desempleo |
| <input type="checkbox"/> Distribuciones de la IRA | <input type="checkbox"/> Contribuciones recurrentes en efectivo [‡] |
| <input type="checkbox"/> Ingresos por inversiones | <input type="checkbox"/> Ingresos procedentes de negocios incluidas las propiedades en alquiler [‡] |
| <input type="checkbox"/> Pensión o renta vitalicia | <input type="checkbox"/> No tiene ingresos [‡] |
| <input type="checkbox"/> Jubilación | <input type="checkbox"/> Pensión conyugal |
| <input type="checkbox"/> Manutención infantil | <input type="checkbox"/> Seguro Social (jubilación, discapacidad, complementario) |
| <input type="checkbox"/> Beneficios públicos | |
| <input type="checkbox"/> Otros (Enumere los tipos): _____ | |

[†] Consulte la Lista de Verificación de Documentos para conocer los requisitos de documentación de respaldo.

[‡] Se requiere el Formulario de Certificación de Contribuciones Recurrentes en Efectivo, el Formulario de Certificación de Ingresos Comerciales o el Formulario de Certificación de Cero Ingresos. (Consulte los apéndices para obtener el formulario correspondiente).

Apéndice D: Certificación de Ingresos Comerciales



Propósito

Este formulario certifica que el miembro del grupo familiar mencionado recibe ingresos de un negocio, como en los casos de trabajo por cuenta propia o empresa unipersonal y no puede documentar los ingresos mediante otros métodos.

El programa utiliza la información sobre los ingresos de los miembros del grupo familiar para calcular el ingreso total del grupo familiar utilizando el método del Formulario 1040 del Servicio de Impuestos Internos (IRS, por sus siglas en inglés). Esta información ayuda a determinar si el grupo familiar cumple el umbral de ingresos bajos a moderados del Departamento de Vivienda y Desarrollo Urbano de los EE. UU. (HUD, por sus siglas en inglés).

Instrucciones

Todos los miembros del grupo familiar mayores de 18 años que reciban ingresos de un negocio deben firmar y fechar este formulario para certificar los ingresos recibidos durante el periodo de tiempo especificado.

Advertencia: El Título 18, Sección 1001 del Código de los Estados Unidos establece que una persona es culpable de un delito grave si, a sabiendas y voluntariamente, hace declaraciones falsas o fraudulentas a cualquier departamento del gobierno de los Estados Unidos.

Yo, _____, con residencia en _____,
Nombre del Miembro del Grupo Familiar **Dirección de la Propiedad**

percibí lo siguiente en función de los negocios realizados de _____ a _____.
Fecha **Fecha**

Resumen de Ingresos Comerciales	
Ingresos Brutos	\$
Gastos	
Intereses de préstamos	\$
Costo de los bienes/materiales	\$
Alquiler	\$
Servicios públicos	\$
Sueldos/salarios	\$
Contribuciones de los empleados	\$
Retención de Impuestos Federal	\$
Retención de Impuestos Estatal	\$
FICA	\$
Impuesto sobre las ventas	\$
Otro 1	\$
Otro 2	\$
Otro 3	\$
Amortización lineal	\$
Gastos Totales	\$
Ingresos Netos (Ingresos Brutos - Gastos Totales)	\$

Por la presente autorizo la divulgación de la información solicitada para verificar los ingresos del negocio.

Nombre del Miembro del Grupo Familiar en Imprinta

Firma del Miembro del Grupo Familiar

Fecha

Apéndice E: Certificación de Contribuciones Recurrentes en Efectivo

Propósito

Este formulario certifica que el miembro del grupo familiar mencionado recibe ingresos recurrentes en efectivo y no puede documentar los ingresos mediante otros métodos. Los ingresos recurrentes son confiables y constantes, lo que puede incluir la ayuda de una organización benéfica o de alguien ajeno al grupo familiar.

El programa utiliza la información sobre los ingresos de los miembros del grupo familiar para calcular el ingreso total del grupo familiar utilizando el método del Formulario 1040 del Servicio de Impuestos Internos (IRS, por sus siglas en inglés). Esta información ayuda a determinar si el grupo familiar cumple el umbral de ingresos bajos a moderados del Departamento de Vivienda y Desarrollo Urbano de los EE. UU. (HUD, por sus siglas en inglés).

Instrucciones

Todos los miembros del grupo familiar mayores de 18 años que reciban ingresos en efectivo de forma regular o recurrente deben firmar y fechar este formulario para certificar que reciben ingresos en efectivo y que esperan recibirlos en los intervalos identificados a continuación.

Advertencia: El Título 18, Sección 1001 del Código de los Estados Unidos establece que una persona es culpable de un delito grave si, a sabiendas y voluntariamente, hace declaraciones falsas o fraudulentas a cualquier departamento del gobierno de los Estados Unidos.

Yo, _____, con residencia en _____,
Miembro del Grupo Familiar *Dirección de la Propiedad*

preveo recibir los siguientes montos en efectivo durante los próximos 12 meses:

Mes	Monto
	\$
	\$
	\$
	\$
	\$
	\$
	\$
	\$
	\$
	\$
	\$
	\$
	\$
Total	\$

Finalidad de las Contribuciones en Efectivo:

Por la presente autorizo la divulgación de la información solicitada para verificar las contribuciones recurrentes en efectivo.

Nombre del Miembro del Grupo Familiar en Imprenta

Firma del Miembro del Grupo Familiar

Fecha

¿Tiene preguntas?

Correo Electrónico: housingsupport@reoregon.org
Llame al 877-510-6800 o al 541-250-0938

Apéndice F: Certificación de Cero Ingresos

 IHA

 DPA

 HCS

Propósito

Este formulario certifica que el miembro nombrado del grupo familiar no recibe ningún ingreso.

El programa utiliza la información sobre los ingresos de los miembros del grupo familiar para calcular el ingreso total del grupo familiar utilizando el método del Formulario 1040 del Servicio de Impuestos Internos (IRS, por sus siglas en inglés). Esta información ayuda a determinar si el grupo familiar cumple el umbral de ingresos bajos a moderados del Departamento de Vivienda y Desarrollo Urbano de los EE. UU. (HUD, por sus siglas en inglés).

Instrucciones

Todos los miembros del grupo familiar mayores de 18 años que no reciban ingresos deben firmar y fechar este formulario para certificar que no reciben ingresos de ninguna de las fuentes enumeradas.

Advertencia: El Título 18, Sección 1001 del Código de los Estados Unidos establece que una persona es culpable de un delito grave si, a sabiendas y voluntariamente, hace declaraciones falsas o fraudulentas a cualquier departamento del gobierno de los Estados Unidos.

Si recibe ingresos en efectivo de cualquier tipo de forma regular, ya sea semanal, mensual o trimestralmente, rellene el formulario de Certificación de Contribuciones Recurrentes en Efectivo.

Yo, _____, con residencia en _____,
Miembro del Grupo Familiar **Dirección de la Propiedad**

actualmente **no** recibo ingresos de ninguna de las siguientes fuentes:

- | | |
|---|---|
| a. Salarios procedentes del empleo (incluidas comisiones, propinas, bonificaciones, honorarios y otras fuentes de fondos). | h. Pagos por desempleo o incapacidad. |
| b. Ingresos o pérdidas comerciales y/o agrícolas (incluye el trabajo por cuenta propia como Avon, Mary Kay, Shaklee, etc.). | i. Pensiones alimenticias, donaciones o herencias recibidas sujetas a impuestos según las normas del IRS. |
| c. Ingresos por alquiler de bienes inmuebles o bienes muebles. | j. Sueldo regular, sueldo especial y asignaciones de un jefe de grupo familiar o de un cónyuge que sea miembro de las Fuerzas Armadas (viva o no en la vivienda). |
| d. Regalías, sociedades, corporaciones S, fideicomisos, patrimonios. | k. Asignaciones periódicas como la pensión alimenticia, la manutención infantil o los regalos recibidos de personas que no viven en el grupo familiar. |
| e. Intereses o dividendos. | l. Servicio de jurado o ganancias de juegos de azar, loterías, rifas o premios y recompensas. |
| f. Ganancias o pérdidas de capital. | m. Reembolsos, créditos o compensaciones sujetos a impuestos sobre la renta estatales y locales. |
| g. Pagos del Seguro Social, pensiones y rentas vitalicias, distribuciones de cuentas individuales de jubilación (IRA, por sus siglas en inglés) o beneficios por fallecimiento (excluidos los ingresos de seguros de vida, a menos que estuvieran sujetos a impuestos). | n. Cualquier otra fuente no mencionada anteriormente. |

Actualmente no tengo ingresos de ningún tipo y no espero un cambio inminente en mi situación financiera o laboral durante los próximos 12 meses.

Utilizaré las siguientes fuentes de fondos para pagar el alquiler y otras necesidades:

Nombre del Miembro del Grupo Familiar en Imprenta

Firma del Miembro del Grupo Familiar

Fecha

Apéndice G: Folleto de la Agencia de Protección Ambiental sobre el Plomo

 IHA

 DPA

 HCS

El folleto “Proteja a su familia contra el plomo en el hogar” de la Agencia de Protección Ambiental (EPA, por sus siglas en inglés) proporciona información que les ayudará a usted y a su familia a mantenerse a salvo de la exposición al plomo.

El plomo es una sustancia peligrosa que puede encontrarse en algunos hogares y es especialmente nocivo para los niños y las mascotas. Este folleto le ayudará a identificar posibles fuentes de plomo en su hogar y le enseñará cómo garantizar la seguridad de sus seres queridos.



¿Tiene preguntas?

Correo Electrónico: housingsupport@reoregon.org

Llame al 877-510-6800 o al 541-250-0938

Apéndice G: Folleto de la Agencia de Protección Ambiental sobre el Plomo

¿Está planeando comprar o alquilar una casa construida antes de 1978?

¿Sabía que muchas casas construidas antes de 1978 tienen **pintura con base de plomo**? El plomo en la pintura, las partículas y el polvo puede ser un peligro grave para la salud.

Lea todo este folleto para saber:

- Cómo entra el plomo en el cuerpo.
- Cómo el plomo afecta a la salud.
- Qué puede hacer para proteger a su familia.
- Adónde recurrir para obtener más información.

Antes de alquilar o comprar una casa o un apartamento construidos antes de 1978, la ley federal requiere lo siguiente:

- Los vendedores tienen que dar la información que posean acerca de la pintura con base de plomo o los peligros relacionados con dicha pintura antes de vender una casa.
- Los contratos de venta de inmuebles deben incluir una declaración de advertencia específica sobre la pintura con base de plomo. Los compradores tienen hasta 10 días para verificar la existencia de plomo.
- Los propietarios tienen que dar la información que posean acerca de la pintura con base de plomo o los peligros relacionados con dicha pintura antes de que el alquiler entre en vigencia. Los contratos de alquiler deben incluir una declaración de advertencia específica sobre la pintura con base de plomo.

Si emprenderá algún proyecto de renovación, reparación o pintura (RRP, por sus siglas en inglés) en su casa o apartamento construido antes de 1978:

- Lea el folleto de la EPA *Guía de prácticas acreditadas seguras para trabajar con el plomo para remodelar correctamente* para aprender sobre las prácticas de trabajo seguras con el plomo que los contratistas requieren utilizar cuando trabajan en su hogar (ver página 12).



Medidas sencillas para proteger a su familia contra los peligros relacionados con el plomo

Si cree que su casa tiene pintura con base de plomo:

- No trate de remover usted mismo la pintura con base de plomo.
- Mantenga siempre las superficies pintadas en buenas condiciones para minimizar el deterioro.
- Haga que examinen su casa para identificar peligros relacionados con el plomo. Encuentre un inspector certificado o un asesor de riesgos en epa.gov/lead.
- Hable con el propietario para que arregle las superficies con pintura descascarada o picada.
- Limpie con regularidad los pisos, los antepechos de las ventanas y las demás superficies.
- Tome precauciones para evitar la exposición al polvo de plomo al remodelar.
- Al realizar renovaciones, reparaciones o pintura, contrate solamente a empresas de renovación certificadas en prácticas seguras con el plomo aprobadas por el estado o la EPA.
- Antes de comprar, alquilar o renovar su casa, hágala examinar para ver si tiene pintura con base de plomo.
- Consulte con su profesional de la salud sobre pruebas para detectar la presencia de plomo en sus hijos. El pediatra puede comprobar la presencia de plomo con un simple análisis de sangre.
- Lave con frecuencia las manos, los biberones, los chupones y los juguetes de los niños.
- Asegúrese de que los niños coman alimentos saludables, bajos en grasa, y altos en hierro, calcio y vitamina C.
- Quítese los zapatos o lave la tierra de los zapatos antes de entrar a su casa.

Apéndice G: Folleto de la Agencia de Protección Ambiental sobre el Plomo

El plomo entra al cuerpo de muchas maneras

El plomo puede entrar en el cuerpo de adultos y niños si:

- Respiran el polvo de plomo (especialmente durante las actividades de renovación, reparación y pintura que alteran las superficies pintadas).
- Tragan polvo de plomo que se ha acumulado en alimentos, superficies donde se preparan alimentos y otros lugares.
- Comen partículas de pintura o tierra que contengan plomo.

El plomo es especialmente peligroso para los niños menores de 6 años.

- A esta edad, el cerebro y el sistema nervioso de los niños son más sensibles a los efectos dañinos del plomo.
- El cuerpo en crecimiento de los niños absorbe más plomo.
- Los bebés y los niños pequeños se llevan las manos y otros objetos a la boca con frecuencia. Dichos objetos pueden estar cubiertos de polvo de plomo.



Las mujeres en edad de concebir deben saber que el plomo es peligroso para el feto en desarrollo.

- Las mujeres que tienen un nivel alto de plomo en su cuerpo antes del embarazo o mientras están embarazadas podrían exponer al feto al plomo a través de la placenta durante su desarrollo.

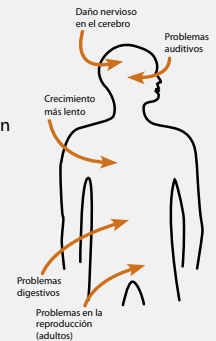
2

Efectos del plomo en la salud

El plomo afecta el cuerpo de muchas maneras. Es importante saber que aun una exposición a niveles bajos de plomo puede afectar al niño gravemente.

En los niños, la exposición al plomo puede causar:

- Daño al sistema nervioso y los riñones.
- Problemas de aprendizaje, desorden de deficiencia de atención y disminución de la capacidad intelectual.
- Problemas del habla, del lenguaje y de comportamiento.
- Pobre coordinación muscular.
- Disminución en el crecimiento muscular y de los huesos.
- Daño en la audición.



Mientras que la exposición a niveles bajos de plomo es más común, la exposición a niveles altos de plomo puede causar efectos devastadores en los niños, incluso convulsiones, pérdida del conocimiento y, en algunos casos, la muerte.

Aunque los niños son especialmente susceptibles a la exposición al plomo, también puede ser peligroso para los adultos.

En los adultos, la exposición al plomo puede causar:

- Daño a un feto en desarrollo.
- Mayor probabilidad de tener tensión arterial alta durante el embarazo.
- Problemas de fertilidad (en hombres y mujeres).
- Tensión arterial alta.
- Problemas digestivos.
- Trastornos nerviosos.
- Problemas de memoria y concentración.
- Dolores musculares y articulares.

3

Apéndice G: Folleto de la Agencia de Protección Ambiental sobre el Plomo

Verifique el nivel de plomo en su familia

Haga que examinen a sus niños y a su casa si cree que esta tiene plomo.

El nivel de plomo en la sangre de los niños tiende a aumentar con rapidez entre los 6 y 12 meses de edad, y tiende a llegar al nivel más alto entre los 18 y 24 meses de edad.

Consulte a su médico en cuanto a la necesidad de examinar a sus niños. Un sencillo análisis de sangre puede detectar la presencia de plomo. Los análisis de sangre para detectar plomo se recomiendan generalmente para:

- Niños de 1 a 2 años de edad.
- Niños u otros miembros de la familia que hayan estado expuestos a niveles altos de plomo.
- Niños que deben examinarse en virtud del plan local o estatal de exámenes médicos.

Su médico puede explicarle los resultados de las pruebas y decirle si es necesario realizar más análisis.

4

Dónde se encuentra la pintura con base de plomo

Generalmente, cuanto más vieja sea su casa o centro de cuidado infantil, mayor será la posibilidad de que tenga pintura con base de plomo.¹

Muchas viviendas —incluidas las viviendas privadas, las de propiedad federal y las que reciben ayuda federal— y centros de cuidado infantil construidos antes de 1978 tienen pintura con base de plomo. En 1978, el gobierno federal prohibió el uso por parte del consumidor de pintura que contenga plomo.²

En la página 7, encontrará cómo establecer si la pintura tiene plomo.

El plomo puede encontrarse en:

- Casas y centros de cuidado infantil en la ciudad, el campo o los suburbios;
- Casas y apartamentos unifamiliares privados y públicos;
- Superficies dentro y fuera de la casa; y
- La tierra alrededor de la casa (la tierra puede acumular plomo de la pintura exterior u otras fuentes, tales como la gasolina con plomo que se usaba en el pasado en los automóviles).

Obtenga más información sobre dónde se encuentra plomo en epa.gov/lead.

5

¹ En la actualidad, el gobierno federal define la "pintura con base de plomo" como pintura con niveles de plomo superiores o iguales a 1.0 miligramo por centímetro cuadrado (mg/cm²) o con más de 0.5 % por peso.

² En la actualidad, el gobierno federal define la "pintura que contiene plomo" como plomo en pintura nueva seca que supere las 90 partes por millón (ppm) por peso.

Apéndice G: Folleto de la Agencia de Protección Ambiental sobre el Plomo

Identificando la pintura con base de plomo y los peligros de la pintura con base de plomo

La pintura con base de plomo deteriorada (descascarada, picada, pulverizada, agrietada o dañada) es un peligro y requiere atención inmediata. **La pintura con base de plomo** también puede ser un peligro si se encuentra en superficies que los niños puedan morder o que se desgasten mucho, tales como:

- Ventanas y antepechos de ventanas.
- Puertas y marcos de puertas.
- Escaleras, pasamanos, barandas y porches.

La pintura con base de plomo generalmente no es peligrosa si está en buenas condiciones y no está en una superficie de impacto o de fricción, como en una ventana.

El polvo de plomo puede formarse al raspar, lijar o calentar la pintura con base de plomo. También se forma cuando las superficies pintadas que contienen polvo se golpean o frotan entre sí. Las partículas y el polvo de la pintura que contiene plomo pueden acumularse en superficies y objetos que las personas tocan. El polvo de plomo que se ha acumulado puede volver a mezclarse con el aire cuando se aspira o barre la casa, o cuando las personas caminan sobre el mismo. Actualmente, la EPA define como peligrosos los siguientes niveles de plomo en el polvo:

- 10 microgramos por pie cuadrado ($\mu\text{g}/\text{pie}^2$) o más en pisos, incluidos pisos alfombrados.
- 100 $\mu\text{g}/\text{pie}^2$ o más en los antepechos de ventanas interiores.

El plomo en la tierra puede ser peligroso cuando los niños juegan en tierra descubierta o cuando las personas meten tierra en la casa con los zapatos. Actualmente, la EPA define como peligrosos los siguientes niveles de plomo en la tierra:

- 400 partes por millón (ppm) o más en áreas de juego de tierra descubierta.
- 1,200 ppm (promedio) o más en la tierra descubierta del resto del jardín.

Recuerde que el plomo de las partículas de pintura —que puede ver— y el polvo de plomo —que tal vez no pueda ver— pueden ser peligrosos.

La única forma de saber si existe peligro debido a la presencia de plomo en pintura, polvo o tierra es realizando pruebas. En la página siguiente se describe cómo hacer esto.

6

Verificando si su casa tiene plomo

Puede evaluar su casa de diferentes maneras para determinar si tiene plomo:

- Una **inspección** de la pintura con base de plomo le dirá si su casa tiene pintura con base de plomo y dónde se localiza. Sin embargo, esta inspección no le dirá si en su casa existen actualmente peligros relacionados con el plomo. Un profesional experto en pruebas capacitado y certificado, que se llama inspector de pintura con base de plomo, realizará la inspección de la pintura utilizando métodos como:

- Máquina portátil de fluorescencia por rayos X (XRF, por sus siglas en inglés).

- Pruebas de laboratorio de muestras de pintura.

- Una **evaluación de riesgo** le dirá si en su casa existe actualmente algún peligro relacionado con el plomo debido a la presencia de plomo en la pintura, el polvo o la tierra. También le dirá qué acciones debe llevar a cabo para eliminar estos peligros. Un profesional experto en pruebas capacitado y certificado, que se llama asesor de riesgo, hará lo siguiente:

- Tomará muestras de la pintura deteriorada de puertas, ventanas, pisos, escaleras y paredes.

- Tomará muestras del polvo cerca de las superficies pintadas y muestras de tierra descubierta del patio.

- Hará pruebas de laboratorio con las muestras de pintura, polvo y tierra.

- Una combinación de evaluación de riesgo e inspección le dirá si en su casa hay pintura con base de plomo, si existe algún peligro relacionado con el plomo y dónde se localizan ambos.

Asegúrese de leer el informe que le entreguen una vez finalizada la inspección o la evaluación de riesgo, y pregunte todo lo que no entienda.



7

Apéndice G: Folleto de la Agencia de Protección Ambiental sobre el Plomo

Verificando si su casa tiene plomo (continuación)

Al preparar un trabajo de renovación, reparación o pintura en una casa construida antes de 1978, los renovadores certificados para prácticas seguras con el plomo (vea la página 12) pueden:

- Tomar muestras de partículas de pintura para determinar si hay pintura con base de plomo en el área que se prevé renovar y enviarlas para analizar a un laboratorio especializado en plomo reconocido por la EPA. En viviendas que reciben ayuda federal, la persona que recolecte estas muestras debe ser un evaluador de riesgo o inspector certificado de pintura con base de plomo.
- Utilizar juegos de pruebas reconocidos por la EPA para determinar si no hay pintura con base de plomo (no se deben usar en viviendas que reciban ayuda federal).
- Suponer que hay pintura con base de plomo y utilizar prácticas de trabajo seguras con el plomo.

Existen programas estatales y federales para garantizar que las pruebas se realicen de modo seguro, confiable y con eficacia. Comuníquese con la agencia estatal o local para obtener más información, visite epa.gov/lead o llame al **1-800-424-LEAD (5323)** para obtener una lista de contactos en su área.³

³ Las personas con impedimentos auditivos o del habla pueden acceder a este número a través del sistema TTY llamando al Federal Relay Service (Servicio Federal de Retransmisión) al 1-800-877-8399.

8

Lo que usted puede hacer en estos momentos para proteger a su familia

Si sospecha que su casa tiene algún peligro relacionado con pintura con base de plomo, puede tomar algunas medidas inmediatas para reducir el riesgo de su familia:

- Si alquila, infórmele al propietario si hay pintura descascarándose o picándose.
- Mantenga las superficies pintadas limpias y sin polvo. Limpie semanalmente los pisos, los marcos y antepechos de las ventanas y las demás superficies. Use un trapeador o una esponja con agua tibia y un limpiador para usos múltiples. (Recuerde: nunca mezcle productos de amoníaco con blanqueadores, ya que pueden formar gases peligrosos).
- Limpie inmediatamente y con cuidado las partículas de pintura sin generar polvo.
- Enjuague bien y con frecuencia las esponjas y las cabezas de los trapeadores mientras limpia las áreas sucias o con polvo, y vuelva a hacerlo cuando termine de limpiar.
- Lávese con frecuencia las manos y también las de sus hijos, especialmente antes de comer, antes de la siesta y antes de irse a dormir.
- Mantenga limpias las áreas de juego. Lave con regularidad los biberones, los chupones, los juguetes y los animales de peluche.
- No permita que los niños muerdan los antepechos de las ventanas ni las demás superficies pintadas, ni tampoco que coman tierra.
- Al realizar renovaciones, reparaciones o pintura, contrate a empresas de renovación certificadas en prácticas seguras con el plomo aprobadas por el estado o la EPA (vea la página 12).
- Límpiense o quítese los zapatos antes de entrar a la casa para evitar meter el plomo de la tierra.
- Asegúrese de que los niños coman alimentos nutritivos, bajos en grasa y altos en hierro y calcio, tales como las espinacas y los productos lácteos. Los niños con una dieta adecuada absorben menos plomo.

9

Apéndice G: Folleto de la Agencia de Protección Ambiental sobre el Plomo

Reduciendo los peligros del plomo

Alterar la pintura con base de plomo o remover incorrectamente el plomo puede aumentar el peligro para su familia, ya que esparce aún más el polvo de plomo en la casa.



- Además de la limpieza diaria y la buena nutrición, usted puede reducir **temporariamente** los riesgos relacionados con la pintura con base de plomo tomando medidas, como la reparación de las superficies pintadas que estén dañadas y plantar césped para cubrir la tierra contaminada con plomo. Estas medidas no son soluciones permanentes y necesitarán atención continua.
- Para minimizar la exposición al plomo cuando renueve, repare o pinte su casa, contrate a un renovador certificado por el estado o la EPA que esté capacitado en el uso de prácticas de trabajo seguras con el plomo. Si es una persona que suele hacer los trabajos por su cuenta, aprenda a utilizar prácticas de trabajo seguras con el plomo en su casa.
- Para remover permanentemente los peligros relacionados con el plomo, debe contratar a un contratista certificado para que "remueva" el plomo. Los métodos para remover (o eliminar permanentemente el peligro) incluyen la eliminación, el sellado o el revestimiento de la pintura con base de plomo con materiales especiales. Simplemente pintar sobre la pintura que presenta riesgos con una pintura común no es un control permanente.

Siempre recurra a un contratista certificado que esté capacitado para corregir los peligros relacionados con el plomo de manera segura.

- Contrate a una empresa certificada en prácticas seguras con el plomo (vea la página 12) para realizar proyectos de renovación, reparación o pintura (RRP) a fin de no alterar las superficies pintadas.
- Para corregir permanentemente los peligros relacionados con el plomo, contrate a un contratista certificado para que "remueva" el plomo. Esto asegurará que el contratista sepa cómo trabajar en forma segura y tenga el equipo apropiado para limpiar minuciosamente.

Los contratistas certificados contratarán a trabajadores cualificados y seguirán reglas estrictas de seguridad según lo dicta el estado o el gobierno federal.

10

Reduciendo los peligros del plomo (continuación)

Si en su casa se realizó un trabajo para remover el plomo o si se trata de una vivienda que recibe ayuda federal, una vez que se termine el trabajo, deben realizarse las actividades de limpieza del polvo hasta que las pruebas de aprobación indiquen que los niveles de polvo de plomo están por debajo de los siguientes niveles:

- 10 microgramos por pie cuadrado ($\mu\text{g}/\text{pie}^2$) en pisos, incluidos pisos alfombrados.
- 100 $\mu\text{g}/\text{pie}^2$ en los antepechos de ventanas interiores.
- 400 $\mu\text{g}/\text{pie}^2$ en los canales de ventanas.

Los métodos para remover el plomo están diseñados para eliminar permanentemente los peligros relacionados con la pintura a base de plomo. Sin embargo, el polvo de plomo puede reintroducirse en una zona de eliminación.

- Usar una aspiradora HEPA en todos los muebles y otros artículos que se devuelvan a la zona de eliminación, para reducir la posibilidad de reintroducir el polvo de plomo.
- Limpiar regularmente los pisos, antepechos y canales de ventanas y otras superficies duras con un trapeador o una esponja húmeda y un limpiador para usos múltiples.

Vea la página 9 para obtener más información sobre las medidas para proteger a su casa después de una actividad de eliminación del plomo. Para obtener ayuda para localizar en su área profesionales certificados que remuevan el plomo, llame a la agencia estatal o local (vea las páginas 15 y 16), visite epa.gov/lead o llame al 1-800-424-LEAD.

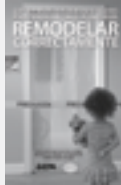
11

Apéndice G: Folleto de la Agencia de Protección Ambiental sobre el Plomo

Renovación, reparación o pintura

Si contrata a un contratista para que realice proyectos de renovación, reparación o pintura (RRP) en una casa o centro de cuidado infantil construidos antes de 1978 (como centros preescolares y jardines de infancia), el contratista debe:

- Ser una empresa certificada en prácticas seguras con el plomo, aprobada por la EPA o por un programa estatal autorizado por la EPA.
- Utilizar personas cualificadas y capacitadas (renovadores certificados en prácticas seguras con el plomo) que empleen prácticas de trabajo seguras con el plomo específicas, a fin de evitar la contaminación con plomo.
- Darle una copia del documento informativo de la EPA sobre peligros relacionados con el plomo que se titula *Guía de prácticas acreditadas seguras para trabajar con el plomo para remodelar correctamente*.



Los contratistas de RRP que trabajen en casas o centros de cuidado infantil construidos antes de 1978 deben seguir prácticas de trabajo seguras con el plomo que:

- **Contengan el área de trabajo.** Debe contenerse el área para que el polvo y los escombros no se escapen del área de trabajo. Deben colocarse letreros de advertencia, y debe usarse cinta y material plástico u otro tipo de material impermeable.
- **Eviten los métodos de renovación que generan grandes cantidades de polvo contaminado con plomo.** Algunos métodos producen tanto polvo contaminado con plomo que su uso está prohibido. Entre estos métodos se incluyen:
 - Quema o flameado a llama abierta.
 - Lijado, esmerilado, cepillado, uso de pistolas de aguja o limpieza a chorro con herramientas eléctricas y equipos sin cubierta y accesorio de aspiradora HEPA.
 - Pistola de aire caliente a temperaturas superiores a 1100 °F.
- **Limpien minuciosamente.** El área de trabajo debe limpiarse diariamente. Una vez terminado todo el trabajo, debe limpiarse el área con métodos de limpieza especiales.
- **Eliminen los desechos adecuadamente.** Recoja los residuos en una bolsa o lámina de alta resistencia y séllela. Cuando transporte los residuos, asegúrese de que la bolsa o lámina esté bien cerrada para que el polvo y los escombros no se escapen.

Para obtener más información sobre los requisitos de la EPA para los proyectos de RRP, visite epa.gov/getleadSAFE o lea *Guía de prácticas acreditadas seguras para trabajar con el plomo para remodelar correctamente*.

12

Otras fuentes de plomo

Plomo en el agua potable

Las fuentes más comunes de plomo en el agua potable son las tuberías, grifos y accesorios de plomo.

Las tuberías de plomo son más fáciles de encontrar en las ciudades más antiguas y en las casas construidas antes de 1986.

El plomo en el agua potable no presenta ningún olor ni sabor.

Para saber con seguridad si tiene plomo en el agua potable, debe hacerla analizar.

Recuerde que las casas más viejas con un pozo privado también pueden tener materiales de plomería que contengan plomo.

Medidas que puede tomar para reducir el plomo en el agua potable

- Use solo agua fría para beber, cocinar y preparar la leche del bebé. Recuerde que hervir el agua no elimina el plomo de esta.
- Antes de beber el agua, deje corriendo el grifo para purgar las tuberías del hogar, tomando una ducha, lave la ropa sucia o lave los trastes.
- Limpie regularmente el filtro del grifo (también llamado aireador).
- Si usa un filtro certificado para eliminar el plomo, no olvide leer las instrucciones para aprender cuándo cambiar el cartucho. El uso de un filtro después de su vencimiento puede hacerlo menos eficaz en la eliminación del plomo.

Comuníquese con su empresa de suministro de agua para determinar si la tubería que conecta su casa a la cañería de agua principal (llamada línea de servicio) es de plomo. Su empresa de agua local también puede brindarle información sobre los niveles de plomo en el agua potable de su sistema.

Para obtener más información sobre el plomo en el agua potable, comuníquese con [Línea directa de la EPA sobre el agua potable](http://epa.gov/lead) (en inglés) al **1-800-426-4791**. Si tiene otras preguntas sobre la prevención del envenenamiento por plomo, llame al **1-800 424-LEAD**.*

Llame a su departamento de salud local o a su empresa de agua para averiguar cómo obtener un análisis del agua de su casa, o visite epa.gov/safewater para ver información de la EPA sobre el plomo en el agua potable. Algunos estados o empresas de servicios públicos ofrecen programas para pagar el análisis del agua de los residentes. Comuníquese con el servicio público de agua local o estatal para obtener más información.

* Las personas con dificultades del habla o la audición pueden acceder a este número a través de TTY llamando al Servicio Federal de Transmisión de Información al 1-800-877-8339.

13

Apéndice G: Folleto de la Agencia de Protección Ambiental sobre el Plomo

Otras fuentes de plomo (continuación)

- **Los hornos de fundición de plomo** u otras industrias que emiten plomo al aire.
- **Su trabajo.** Si trabaja con plomo, podría traerlo a su casa en el cuerpo o la ropa. Báñese y cámbiese la ropa antes de volver a su casa. Lave la ropa de trabajo por separado del resto de la ropa de la familia.
- **Los pasatiempos** que usan plomo, tales como hacer trabajos en cerámica, pintar en vidrio o restaurar muebles. Llame al departamento de salud local para obtener información sobre los pasatiempos en los que puede usarse plomo.
- Los **juguets y muebles** viejos que pueden haberse pintado con pintura que contenga plomo. Los juguetes viejos y otros productos para niños pueden contener partes con plomo.⁴
- Los alimentos y líquidos cocinados o almacenados en **crystal de plomo**, o en **cerámica o porcelana con esmalte de plomo** pueden contener plomo.
- Los remedios caseros, tales como **"greta"** y **"azarcón"**, que se usan para tratar padecimientos estomacales.

⁴ En 1978, el gobierno federal prohibió los juguetes, otros productos para niños y los muebles con pintura que contenga plomo. En 2008, el gobierno federal también prohibió el plomo en la mayoría de los productos para niños, y actualmente prohíbe el plomo en cantidades superiores a 100 ppm por peso en la mayoría de los productos para niños.

14

Para obtener más información

The National Lead Information Center (Centro Nacional de Información sobre el Plomo)

Averigüe cómo proteger a los niños del envenenamiento por plomo y obtenga otra información sobre los peligros relacionados con el plomo por Internet en epa.gov/lead y hud.gov/lead, o llame al **1-800-424-LEAD (5323)**.

Línea directa de agua potable segura de la EPA

Para obtener información sobre el plomo en el agua potable, llame al **1-800-426-4791** o visite epa.gov/lead para obtener información sobre el plomo en el agua potable.

Línea directa de la Comisión de Seguridad de Productos del Consumidor de Estados Unidos (CPSC)

Para pedir información relacionada con el plomo en los juguetes y en otros productos del consumidor, o para denunciar un producto del consumidor inseguro o una lesión relacionada con un producto, llame al **1-800-638-2772**, o visite el sitio web de la CPSC en cpsc.gov o saferproducts.gov.

Agencias del medio ambiente y de salud estatales y locales

Algunos estados, tribus y ciudades tienen sus propias reglas relacionadas con la pintura con base de plomo. Consulte con su agencia local para ver cuáles leyes se le aplican. La mayoría de las agencias también pueden proporcionarle información para encontrar en su área una empresa para remover el plomo, y para conseguir posibles fuentes de ayuda económica para la reducción de los peligros relacionados con el plomo. Obtenga direcciones e información telefónica actualizadas de contactos locales o estatales por Internet en epa.gov/lead, o comuníquese con el Centro Nacional de Información sobre el Plomo llamando al **1-800-424-LEAD**.

Las personas con impedimentos auditivos o del habla pueden acceder a cualquiera de los números de teléfono que se indican en este folleto a través del sistema TTY llamando en forma gratuita al Federal Relay Service (Servicio Federal de Retransmisión) al **1-800-877-8339**.

15

Apéndice G: Folleto de la Agencia de Protección Ambiental sobre el Plomo

Oficinas regionales de la Agencia de Protección Ambiental de los Estados Unidos (EPA)

La misión de la EPA es proteger la salud de los seres humanos y el medio ambiente. La Oficina Regional de la EPA puede darle más información sobre la normativa y los programas de protección contra el plomo.

Región 1 (Connecticut, Massachusetts, Maine, New Hampshire, Rhode Island, Vermont)

Regional Lead Contact
(Contacto regional para el plomo)
U.S. EPA Region 1
Suite 1100 (CPT) One Congress Street
Boston, MA 02114-2023
(617) 918-1524

Región 2 (New Jersey, New York, Puerto Rico, Virgin Islands)

Regional Lead Contact
(Contacto regional para el plomo)
U.S. EPA Region 2
2890 Woodbridge Avenue
Building 205, Mail Stop 225
Edison, NJ 08837-3679
(732) 321-6671

Región 3 (Delaware, Maryland, Pennsylvania, Virginia, DC, West Virginia)

Regional Lead Contact
(Contacto regional para el plomo)
U.S. EPA Region 3
1650 Arch Street
Philadelphia, PA 19103
(215) 814-2088

Región 4 (Alabama, Florida, Georgia, Kentucky, Mississippi, North Carolina, South Carolina, Tennessee)

Regional Lead Contact
(Contacto regional para el plomo)
U.S. EPA Region 4
AFC Tower, 12th Floor, Air, Pesticides & Toxics
61 Forsyth Street, SW
Atlanta, GA 30303
(404) 562-8998

Región 5 (Illinois, Indiana, Michigan, Minnesota, Ohio, Wisconsin)

Regional Lead Contact
(Contacto regional para el plomo)
U.S. EPA Region 5 (DT-8J)
77 West Jackson Boulevard
Chicago, IL 60604-3666
(312) 886-7836

Región 6 (Arkansas, Louisiana, New Mexico, Oklahoma, Texas y 66 tribus)

Regional Lead Contact
(Contacto regional para el plomo)
U.S. EPA Region 6
1445 Ross Avenue, 12th Floor
Dallas, TX 75202-2733
(214) 665-2704

Región 7 (Iowa, Kansas, Missouri, Nebraska)

Regional Lead Contact
(Contacto regional para el plomo)
U.S. EPA Region 7
11201 Renner Blvd.
WWPD/TOPE
Lenexa, KS 66219
(800) 223-0425

Región 8 (Colorado, Montana, North Dakota, South Dakota, Utah, Wyoming)

Regional Lead Contact
(Contacto regional para el plomo)
U.S. EPA Region 8
1595 Wynkoop St.
Denver, CO 80202
(303) 312-6966

Región 9 (Arizona, California, Hawaii, Nevada)

Regional Lead Contact
(Contacto regional para el plomo)
U.S. EPA Region 9 (CMD-4-2)
75 Hawthorne Street
San Francisco, CA 94105
(415) 947-4280

Región 10 (Alaska, Idaho, Oregon, Washington)

Regional Lead Contact
(Contacto regional para el plomo)
U.S. EPA Region 10
Solid Waste & Toxics Unit (WCM-128)
1200 Sixth Avenue, Suite 900
Seattle, WA 98101
(206) 553-1200

16

Comisión de Seguridad de Productos del Consumidor de Estados Unidos (CPSC)

La CPSC protege al público contra el riesgo irrazonable de daños causados por productos del consumidor a través de educación, actividades relacionadas con normas de seguridad y aplicación de la ley. Comuníquese con la CPSC para obtener más información sobre los reglamentos y la seguridad de los productos del consumidor.

CPSC

4330 East West Highway
Bethesda, MD 20814-4421
1-800-638-2772

cpsc.gov o saferproducts.gov

Departamento de la Vivienda y de Desarrollo Urbano de los Estados Unidos (HUD)

La misión del HUD es crear comunidades fuertes, sustentables e inclusivas, así como hogares de calidad asequibles para todos. Comuníquese con la Oficina de Control de Peligros de Plomo y Hogares Saludables del HUD para obtener más información acerca de la Regla sobre Viviendas Seguras en relación con el Plomo, que protege a las familias que residen en viviendas construidas antes de 1978 que reciben ayuda económica, y acerca de los programas de control de los peligros relacionados con el plomo y de subvenciones para investigación.

HUD

451 Seventh Street, SW, Room 8236
Washington, DC 20410-3000
(202) 402-7698

hud.gov/lead

Este documento es del dominio público y puede ser reproducido por cualquier persona u organización sin necesidad de solicitar autorización. La información contenida en este folleto se basa en el conocimiento científico y técnico actual sobre los aspectos presentados, y refleja las barreras jurisdiccionales establecidas por los estatutos que gobiernan a las agencias que han colaborado en su preparación. Al seguir la asesoría que se ofrece, no se obtiene necesariamente una protección total para todas las situaciones o contra todos los peligros para la salud que pueden ser causa de la exposición al plomo.

U. S. EPA Washington DC 20460
U. S. CPSC Bethesda MD 20814
U. S. HUD Washington DC 20410

EPA-747-K-13-001
Marzo 2021

17

¡IMPORTANTE!

El plomo de la pintura, del polvo y de la tierra en la casa y alrededor de esta puede ser peligroso si no se maneja adecuadamente

- Los niños menores de 6 años son los que corren mayor riesgo de envenenamiento por plomo en la casa.
- La exposición al plomo puede hacerle daño a los niños pequeños y aun a los bebés antes del nacimiento.
- Es probable que las casas, las escuelas y los centros de cuidado infantil construidos antes de 1978 contengan pintura con base de plomo.
- Aun los niños que aparentan estar saludables pueden tener niveles peligrosos de plomo en el cuerpo.
- Alterar las superficies con pintura con base de plomo o remover incorrectamente la pintura con base de plomo puede aumentar los peligros para su familia.
- El plomo puede entrar en el cuerpo de las personas al respirar o tragar polvo de plomo, o al comer tierra o partículas de pintura que contengan plomo.
- Las personas tienen muchas opciones para reducir los peligros relacionados con el plomo. Generalmente, la pintura con base de plomo que está en buenas condiciones no es peligrosa (vea la página 10).

Apéndice H: Divulgación de Información sobre Pintura a Base de Plomo de la Agencia de Protección Ambiental

Divulgación de Información Sobre Pintura a Base de Plomo y/o Riesgos de la Pintura a Base de Plomo

Declaración de Advertencia Sobre el Plomo

Se notifica a todo comprador de cualquier participación en un bien inmueble residencial en el que se haya construido una vivienda antes de 1978 que dicha propiedad puede presentar una exposición al plomo procedente de la pintura a base de plomo que puede poner a los niños pequeños en riesgo de desarrollar un envenenamiento por plomo. El envenenamiento por plomo en niños pequeños puede producir daños neurológicos permanentes, como problemas de aprendizaje, reducción del coeficiente intelectual, problemas de comportamiento y deterioro de la memoria. El envenenamiento por plomo también supone un riesgo particular para las mujeres embarazadas. El vendedor de cualquier participación en un bien inmueble residencial está obligado a proporcionar al comprador cualquier información sobre peligros de pintura a base de plomo procedente de evaluaciones de riesgo o inspecciones que estén en poder del vendedor y a notificar al comprador de cualquier peligro conocido de pintura a base de plomo. Se recomienda realizar una evaluación de riesgos o una inspección para detectar posibles peligros de pintura a base de plomo antes de la compra.

Divulgación del Vendedor

(a) Presencia de pintura a base de plomo y/o peligros de pintura a base de plomo (marque (i) o (ii) a continuación):

(i) _____ En la vivienda hay pintura a base de plomo conocida y/o peligros de pintura a base de plomo (explique).

(ii) _____ El vendedor no tiene conocimiento de la existencia de pintura a base de plomo y/o de peligros de pintura a base de plomo en la vivienda.

(b) Registros e informes a disposición del vendedor (marque (i) o (ii) a continuación):

(i) _____ El vendedor ha proporcionado al comprador todos los registros e informes disponibles relativos a la pintura a base de plomo y/o a los peligros de la pintura a base de plomo en la vivienda (enumere los documentos a continuación).

(ii) _____ El vendedor no tiene informes ni registros relativos a pintura a base de plomo y/o peligros de pintura a base de plomo en la vivienda.

Acuse de Recibo del Comprador (escriba sus iniciales)

(c) _____ El comprador ha recibido copias de toda la información mencionada anteriormente.

(d) _____ El comprador ha recibido el folleto "Proteja a Su Familia Contra el Plomo en el Hogar".

(e) El comprador ha (marque (i) o (ii) a continuación):

(i) _____ recibido una oportunidad de 10 días (o un periodo acordado mutuamente) para realizar una evaluación de riesgos o una inspección para detectar la presencia de pintura a base de plomo y/o peligros de pintura a base de plomo; o

(ii) _____ renunciado a la oportunidad de realizar una evaluación de riesgos o una inspección para detectar la presencia de pintura a base de plomo y/o peligros de pintura a base de plomo.

Acuse de Recibo del Agente (escriba sus iniciales)

(f) _____ El agente ha informado al vendedor de las obligaciones del vendedor en virtud de 42 U.S.C. 4852(d) y es consciente de su responsabilidad de garantizar el cumplimiento.

Certificación de Exactitud

Las siguientes partes han revisado la información anterior y certifican, a su leal saber y entender, que la información que han facilitado es veraz y exacta.

Vendedor	Fecha	Vendedor	Fecha
Comprador	Fecha	Comprador	Fecha
Agente	Fecha	Agente	Fecha

Apéndice I: Formulario de Evaluación Visual



Formulario 5.2 Informe de Evaluación Visual (para la Evaluación del Riesgo de Plomo).
Formulario 6.0 Informe de Evaluación Visual (para el Mantenimiento Continuo Seguro del Plomo).

Dirección de la propiedad _____ Apt. N° _____ Página ____ de ____

Nombre del propietario _____

Nombre del evaluador de riesgos _____ Fecha de la evaluación ____ / ____ / ____

Descripción del Área		Pintura Deteriorada			¿Superficie de Fricción o de Impacto? (F o I)	¿Marcas Visibles de Mordidas? (S o N)	Resultados de las Pruebas de Pintura (Utilice los códigos siguientes) ⁴	Notas [p. ej., las pruebas de pintura (p. ej., XRF; análisis de laboratorio) indican que la pintura es o no pintura a base de plomo; causa(s) de los fallos en el control de peligros]
Ubicación del Componente, Polvo o Suelo Desnudo del Edificio ¹	Componente, Polvo o Suelo Desnudo del Edificio, Área de Juego/ No Área de Juego	Superficie (pies cuadrados)	¿Es Pequeña el Área? ² (S o N)	Causa(s) Probable(s) del Deterioro, Si Se Conoce(n) ³				

¹ Incluya el equivalente de la habitación o el lado o pared exterior, según corresponda.

² Las prácticas de trabajo seguras con el plomo y la verificación de la limpieza no son necesarias si el trabajo no altera superficies pintadas que sumen más de

- ♦ Para viviendas que reciben asistencia: El *área de minimis* de HUD de: 20 pies cuadrados o menos en superficies exteriores, 2 pies cuadrados o menos en cualquier habitación o espacio interior, o el 10 por ciento de la superficie total en un tipo de componente interior o exterior con una superficie pequeña (como molduras, alféizares de ventanas, zócalos);
- ♦ Para las viviendas que no reciben asistencia, y para las instalaciones ocupadas por niños, el umbral de actividades menores de reparación y mantenimiento de EPA de: 6 pies cuadrados o menos por habitación; o 20 pies cuadrados o menos para actividades en el exterior; siempre que no se hayan utilizado prácticas de trabajo prohibidas o restringidas y no se vaya a realizar el reemplazo de ventanas ni la demolición de superficies pintadas.

³ Las causas habituales del deterioro de la pintura son: humedad (indique la fuente si es evidente), moho, fricción o abrasión, impacto, sustrato dañado o deteriorado y calor intenso.

⁴ Códigos basados en pruebas previas de pintura o inspección de pintura a base de plomo (LBP, por sus siglas en inglés): *Código 1*: Se sabe que la superficie tiene LBP; *Código 2*: Se sabe que la superficie tiene LBP; *Código 3*: Se presume que tiene LBP. Si los resultados de las pruebas de pintura se obtienen en el lugar, utilice esta columna para registrar el resultado. Si se envía una muestra de restos de pintura al laboratorio, utilice esta columna para anotar el número de la muestra (u otro identificador único) como referencia a otro registro que contenga los datos del muestreo y los resultados del laboratorio.

¿Tiene preguntas?

Correo Electrónico: housingsupport@reoregon.org

Llame al 877-510-6800 o al 541-250-0938

