



CITY OF PROVIDENCE
Jorge O. Elorza, Mayor



Aplicación Para el Programa de Plomo en Providence

Referido Por: _____

Fecha de la Construcción: _____

Dirección de Propiedad: _____ Código Postal _____ Número de Unidades _____

Fecha de la Construcción: _____

INFORMACIÓN DEL PRESTATARIO

Nombre: _____

Dirección: _____

Teléfono: _____

Correo Electrónico: _____

Seguro Social #: ____/____/____

Fecha de Nacimiento: ____/____/____

Estado Civil: Casado / Soltero / Separado

Identidad de Género: Masculino / Femenino

Raza:

- 1 - Blanca
- 2 - Negra/Afroamericana
- 3 - Asiática
- 4 - Indígena estadounidense/Nativo de Alaska
- 5 - Nativo de Hawái/Otro Isleno del Pacifico
- 6 - Indígena estadounidense/Nativo de Alaska
- 7 - Asiática y Blanca
- 8 - Negra/Afroamericana y Blanca
- 9 - Indígena estadounidense/Nativo de Alaska y Negra/Afroamericana
- 10 - Otra/Multirracial

ORIGEN ÉTNICO: Hispano/Latino: Si / No

Jefe de familia: Si / No

Veterano: Si / No

Discapacitado: Si / No

INFORMACIÓN DEL CO-PRESTATARIO

Nombre: _____

Dirección: _____

Teléfono: _____

Correo Electrónico: _____

Seguro Social#: ____/____/____

Fecha de Nacimiento: ____/____/____

Estado Civil: Casado / Soltero / Separado

Identidad de Género: Masculino / Femenino

Raza:

- 1 -Blanca
- 2 - Negra/Afroamericana
- 3 - Asiática
- 4 - Indígena estadounidense/Nativo de Alaska
- 5 - Nativo de Hawái/Otro Isleno del Pacifico
- 6 - Indígena estadounidense/Nativo de Alaska
- 7 - Asiática y Blanca
- 8 - Negra/Afroamericana y Blanca
- 9 - Indígena estadounidense/Nativo de Alaska y Negra/Afroamericana
- 10 - Otra Multirracial

ORIGEN ÉTNICO: Hispano/Latino: Si / No

Jefe de Familia: Si / No

Veteran: Si / No

Discapacitado: Si / No



CITY OF PROVIDENCE
Jorge O. Elorza, Mayor



Aplicación Para el Programa de Plomo en Providence

INFORMACIÓN DEL PRESTATARIO

INFORMACIÓN DEL CO-PRESTATARIO

Nombre del Empleador:

Nombre del Empleador:

Empresa: _____

Empresa _____

Domicilio del Empleador: _____

Domicilio del Empleador: _____

Ciudad: _____

Ciudad: _____

Estado _____ Código postal _____

Estado: _____ Código Postal _____

Teléfono: _____

Teléfono: _____

Posición: _____

Posición: _____

Años de Empleo: _____

Años de Empleo: _____

Ingreso **Mensual** \$ _____

Ingreso **Mensual** \$ _____

Ingreso Adicional Mensual

Ingreso Adicional Mensual:

Ingresos Promedios de Trabajo: \$ _____

Ingresos Promedios de Trabajo: \$ _____

Empleo Temporal/Temporada: \$ _____

Empleo Temporal/Temporada: \$ _____

Ingreso por Pensión/Retiro \$ _____

Ingreso por Pensión/Retiro: \$ _____

Seguro Social SSI: \$ _____

Seguro Social SSI: \$ _____

Pagos Mantención de Menores/Conyugal: \$ _____

Pagos Mantención de Menores/Conyugal: \$ _____

Beneficios FIP : \$ _____

Beneficios FIP: \$ _____

Otros Ingresos: \$ _____

Otros Ingresos \$ _____

Explique Otro : _____

Explique Otro: _____

FAVOR, ENUMERE A TODA LAS PERSONAS QUE VIVEN EN SU HOGAR:



CITY OF PROVIDENCE
Jorge D. Elorza, Mayor



Aplicación Para el Programa de Plomo en Providence

(Si tiene 18 años o más, proporcione la documentación de ingresos que aparece en la última página de esta aplicación)

Nombre:

Relación:

Edad:

_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

NÚMERO DE PERSONAS EN SU HOGAR _____



CITY OF PROVIDENCE
Jorge O. Elorza, Mayor



Aplicación Para el Programa de Plomo en Providence

Información del Inquilino

Unidad # 1

Ocupado: Si No

Nombre del Inquilino _____

Dependientes: _____

Niños Menores de Seis años de edad _____

Monto de Alquiler \$ _____

Utilidades Incluidas: Si No

Unidad # 2

Ocupado: Si No

Nombre del Inquilino _____

Dependientes: _____

Niños Menores de Seis años de edad _____

Monto de Alquiler \$ _____

Utilidades Incluida : Si No

Unidad # 3

Ocupado: Si No

Nombre del Inquilino _____

Dependientes: _____

Niños Menores de Seis años de edad _____

Monto de Alquiler \$ _____

Utilidades Incluidas: Si No

Unidad # 4

Ocupado: Si No

Nombre del Inquilino _____

Dependientes: _____

Niños Menores de Seis años de edad _____



CITY OF PROVIDENCE
Jorge D. Elorza, Mayor



Aplicación Para el Programa de Plomo en Providence

CERTIFICACIÓN DEL PRESTATARIO

Yo/Nosotros certificamos que las declaraciones sometidas en esta aplicación y certificación son verdaderas y correctas a lo mejor de mi/nuestro conocimiento y creencia.

Yo / Nosotros certificamos que la información dada sobre la composición del hogar y los ingresos es exacta y completa a lo mejor de mi / nuestro conocimiento y creencia.

Yo/Nosotros entendemos que si alguna declaración contenida en esta solicitud y certificación no es verdadera o correcta, yo/nosotros podemos estar sujetos a procesamiento criminal o, según corresponda, mi/nuestra solicitud de préstamo puede ser negada o las mejoras de la propiedad con el producto de la préstamo tal vez en ejecución hipotecaria.

Yo/nosotros entendemos que la decisión final sobre la aprobación de esta solicitud será hecha por la ciudad de Providence, División de Desarrollo Comunitario.

Yo/Nosotros certificamos que no existe ninguna unidad o unidades ilegales dentro de la propiedad. Cualquier propiedad que contenga una o más unidades ilegales será descalificada de la participación en este programa. Si después de la inspección obligatoria, se descubre una unidad ilegal, la unidad debe ser deconstruida o autorizada apropiadamente a través del Departamento de Inspecciones y Estándares, o esta aplicación será terminada. Una unidad ilegal se define como una unidad de vivienda adicional que no estaba destinada originalmente a la ocupación, que incluye el espacio habitable, la plomería y el servicio eléctrico, baño completo, y las instalaciones de cocina.

_____	_____	_____
Nombre	Firma	Fecha
_____	_____	_____
Nombre	Firma	Fecha
_____	_____	_____
Nombre	Firma	Fecha

Ha sido citado por alguna violación de código en esta propiedad? Si No



CITY OF PROVIDENCE
Jorge D. Elorza, Mayor



Aplicación Para el Programa de Plomo en Providence

SOLICITUD DE INFORMACIÓN & INSTRUCCIONES

- Toda la documentación requerida debe ser presentada con esta aplicación (véase la lista requeridos en la aplicación).
- La documentación requerida debe presentarse de todos los prestatarios que figuren en el título de la casa.
- La ciudad de Providence se reserva el derecho de solicitar más información o hacer más averiguaciones sobre el estado financiero o la historia del prestatario.
- Aplicaciones deben ser presentadas de nuevo si el préstamo no se cierra dentro de 6 meses.

POR FAVOR COMPLETE LA APLICACIÓN Y ENVÍE FOTOCOPIAS DE LOS DOCUMENTOS QUE SE ENUMERAN A CONTINUACIÓN Y ENVÍELO POR CORREO O ENTREGUE A LA ASOCIACIÓN DE ACCIÓN COMUNITARIA DE PROVIDENCE (COMMUNITY ACTION PARTNERSHIP)-518 HARTFORD AVENUE, PROVIDENCE, RI 02909. LA APLICACIÓN DEBE ESTAR COMPLETA O NO SE PROCESARÁ.

LISTA DE DOCUMENTOS PARA LA VERIFICACIÓN DE LA APLICACIÓN:

- Copia de Identificación fotográfica
- Copia de la Escritura de Propiedad con la Descripción legal (Exhibit A)
 - Certificado de defunción es necesario, si el cónyuge ha fallecido
- Copia del –Estado de cuenta actual del préstamos
- Copia del Seguro de Propiedad actual
- Cuatro (4) talones recientes de Empleo (incluyendo co-prestatario, si corresponde)
- Cuatro talones de pago recientes o dos si quincenalmente para inquilinos de 18 años o más
- Documentación de Otras Fuentes de Ingresos (por ejemplo SSI, Beneficios de Trabajadores, Beneficios de Desempleo o Discapacidad, Declaraciones de Pensiones, Intereses y Dividendos Tributarios, Reembolsos de Impuestos, Ingresos de Negocios, Ingresos de Alquiler de Ingresos de Bienes Inmuebles, etc.)
- Últimos dos años de declaración de impuestos federales firmados con todos los anexos y copias de formularios W-2
- Si trabaja por cuenta propia, cuenta de pérdidas y ganancias hasta la fecha
- Copia de dos (2) estados bancarios más recientes, **TODAS** las cuentas.
- Carta de negación de préstamo de una institución financier.
- **Copia del nivel de plomo en la sangre para todos los niños menores de 6 años que residen o visitan la propiedad**



Lead Safe Providence Program Application

DEPARTAMENTO DE PLANIFICACIÓN Y DESARROLLO PROGRAMA DE SEGURIDAD CONTRA EL PLOMO DE PROVIDENCE FORMULARIO DE ACUERDO DEL PROPIETARIO

Condiciones para participar

Soy propietario de (dirección de la propiedad) _____ la cual contiene _____ unidad(es). Es una propiedad residencial privada que presenta riesgos causados por plomo y serán reducidos bajo el Programa de Reducción de Pintura de Plomo (el Programa). Como condición para mi participación en dicho Programa, entiendo lo siguiente:

- El programa contra el plomo **no es un programa de remodelación**.
- El programa contra el plomo deberá remediar todos los riesgos ocasionados por el plomo que se identifiquen en la propiedad.
- Se exigirá que se apliquen tratamientos específicos para el plomo para que todas las superficies dañadas queden intactas y/o sin posibilidad de fricciones.
- Solo los contratistas certificados del programa contra el plomo por el Departamento de Salud de Rhode Island (RI DOH, Rhode Island Department of Health) podrán participar en el programa contra el plomo de la ciudad y Departamento de Vivienda y Desarrollo Urbano (HUD, Department of Housing and Urban Development).
- Los propietarios deberán aprobar las especificaciones de trabajo determinados para remediar el plomo en su propiedad.
- Los tratamientos por mejoras que no tengan relación con el plomo estarán a cargo del propietario y estas deberán ser pagados por adelantado.
- Los propietarios deberán firmar cuando el trabajo se concluya y firmar el requerimiento de pago del contratista.

Asimismo, acepto lo siguiente:

- Permitir una inspección de plomo a todas las unidades participantes, áreas comunes y exteriores de esta propiedad de conformidad con los protocolos del Programa, incluyendo la recolección de pequeños trozos de pintura de las superficies dañadas;
- Arreglar todas las partes de la propiedad donde se hayan identificado riesgos ocasionados por el plomo, tanto interiores como exteriores (incluido el suelo), hasta alcanzar los niveles de seguridad definidos por el HUD y las Regulaciones sobre la presencia de plomo del Departamento de Salud de Rhode Island;
- Permitir el acceso a la propiedad de un inspector medioambiental un año después de la finalización del trabajo realizado para la reducción de los riesgos ocasionados por el plomo y
- Pagar los costos de todas las inspecciones posteriores exigidas por las Regulaciones de plomo requeridas por el estado de Rhode Island.
- La(s) unidad(es) vacante(s) no se podrán alquilar mientras no se hayan terminado los trabajos para la reducción de los riesgos ocasionados por plomo en la(s) unidad(es).



Lead Safe Providence Program Application

- El arrendador acepta no aumentar la renta durante un año a partir del momento en que la propiedad queda enrolada en el programa de plomo;
- El arrendador acepta hacer todo lo posible para alquilar a familias de madres solteras con niños menores de seis años de edad;
- Si el arrendatario es reubicado en otro lugar durante **3 noches o más**, el alquiler será pro rateado de acuerdo al número de noches en que estuvo reubicado mientras se desarrolló el trabajo de reducción del plomo ;
- El arrendador acepta cobrar la renta igual o menor al valor de mercado de rentas durante los cinco años siguientes;
- El arrendador será responsable de empacar las pertenencias del arrendatario si éste no lo hace antes de la fecha programada para iniciar el trabajo, ya sea haciéndolo él mismo o permitiendo que el Programa cobre el costo por los servicios de empaque , sumando el costo a mi préstamo;
- Asumir la responsabilidad por el costo de todos los servicios de (electricidad, calefacción, agua corriente) necesarios para realizar el trabajo de control de riesgos ocasionados por plomo de la siguiente manera:
 - Proporcionar dichos servicios cuando sean necesarios, y/o
 - Si yo soy el arrendador, reembolsar a mis arrendatarios los costos de servicios adicionales incurridos como consecuencia de los trabajos, si correspondiera, y/o si los servicios adecuados no estuvieran disponibles, permitir que el costo de los servicios temporarios se sume a mi préstamo;
- Asumir la responsabilidad de mantener mi propiedad en condiciones seguras de plomo después de la finalización del trabajo

PRUEBAS DE POLVO CON PLOMO Y RE INSPECCIONES

De acuerdo con las Regulaciones del estado de Rhode Island, una vez que se ha hecho una inspección integral para detectar plomo en una unidad, el propietario tiene la obligación por ley de eliminar todos los riesgos ocasionados por plomo. Es importante comprender esto antes de registrarme ya que esta legislación se aplica aunque yo no esté registrado en el programa. En virtud de las Regulaciones del estado de Rhode Island, se hará una nueva inspección anual en mi propiedad a cargo de un inspector medioambiental certificado para detectar plomo con el objetivo de confirmar que sigo cumpliendo con las reglamentaciones sobre el plomo.

Entiendo que debo hacerme cargo del pago de todas las inspecciones posteriores. Recibiré los resultados de todas las pruebas medioambientales e inspecciones posteriores de mi propiedad. Entiendo que toda la información de las inspecciones para detectar plomo se debe comunicar a los probables compradores y/o arrendatarios de mi propiedad de acuerdo con la legislación Federal y el estado de Rhode Island. Asimismo, tendré la obligación de eliminar todos los riesgos ocasionados por plomo que se identifiquen en inspecciones posteriores.



Lead Safe Providence Program Application

SELECCIÓN DEL CONTRATISTA

Tras el recibo del Certificado de la Inspección para la Detección de Plomo, el Programa preparará especificaciones para los trabajos. Junto con empleados del Programa revisaré y aprobaré las especificaciones de trabajos a realizar. El Programa luego solicitará la presentación de ofertas a quienes figuran en la lista de contratistas cualificados con licencia de RI que se especialicen en la reducción de riesgos ocasionados por plomo. Después de analizar las propuestas, el proyecto se asignará a la oferta de menor costo.

PARTICIPACIÓN DE FAMILIAS QUE VIVEN EN MI PROPIEDAD

Si soy arrendador, conversaré sobre este programa con todas las familias que viven en mi propiedad. Les comunicaré que es necesario que inspectores medioambientales certificados para detectar plomo y contratistas con licencia para el control de riesgos ocasionados por plomo puedan ingresar a sus hogares para realizar inspecciones, trabajos de control de riesgos e inspecciones posteriores. Asimismo, les informaré que durante los trabajos tendrán que empacar sus pertenencias y alojarse en otro lugar temporalmente. No podrán volver a ingresar a las unidades mientras se realicen los trabajos de reducción de plomo y hasta que pasen la prueba de certificación del plomo. Las familias arrendatarias recibirán asistencia del Programa para alojarse provisoriamente a un costo de \$100 por día y hasta un máximo de \$700. También entiendo que si alguna familia, incluida la mía, no empaqueta sus pertenencias, incurriré en costos de empaque y almacenamiento. Entiendo que todos los arrendatarios actuales tienen derecho a volver a ocupar su unidad luego de la finalización de los trabajos para la reducción de riesgos de acuerdo con la legislación de Rhode Island.

Mi solicitud no puede ser aprobada hasta que todos los actuales arrendatarios firmen la Información/Acuerdo del Arrendatario. Además, no se iniciarán los trabajos hasta que los nuevos arrendatarios que ocupen la vivienda después de la aprobación pero antes de los trabajos de control de riesgos también hayan firmado el Formulario de Información/Acuerdo del Arrendatario.

REUBICACIÓN DURANTE LA REDUCCIÓN DE RIESGOS OCASIONADOS POR EL PLOMO EN VIVIENDAS OCUPADAS POR PROPIETARIOS

Yo, el propietario, entiendo que como se trata de una vivienda que yo ocupo, mi familia tendrá que mudarse por un tiempo. Entiendo que no podré entrar a ninguna unidad ni área en la que se estén realizando trabajos para el control de riesgos ocasionados por plomo, excepto cuando sea necesario inspeccionar las tareas, hasta la fecha de finalización y cuando los resultados de la certificación del plomo indiquen que se pueden volver a habitar. Tendré que hacerme cargo del pago de todos los costos y arreglos asociados con mi reubicación.

Entiendo que tendré que empacar mis objetos personales y los objetos que se puedan mover de las habitaciones donde se llevará a cabo la reducción del plomo, entre los cuales cabe mencionar los siguientes: todos los objetos que se encuentren sobre muebles o estantes, en cajones, alacenas y armarios, ropa, vajilla, decoraciones de las paredes, cortinas y tapizados, alfombras, libros, refrigerador/congelador, comida y demás objetos que no sean muebles. Estos elementos se deberán colocar en cajas, las cuales se guardarán por un tiempo en algún lugar seguro para impedir la contaminación con plomo durante la realización de los trabajos.

❖ TODAS LAS MASCOTAS DEBERAN SER REUBICADAS DURANTE EL TRABAJO DE RIESGOS OCASIONADOS POR EL PLOMO



Lead Safe Providence Program Application

RESPONSABILIDAD FISCAL

Entiendo que el financiamiento de este programa está sujeto a la asignación de fondos de la Oficina de Viviendas Saludables y Control de Riesgos por Plomo del Departamento de Vivienda y Desarrollo Urbano de los Estados Unidos y de otras fuentes. Entiendo que esta es una:

- Subvención condicional totalmente perdonado luego de 5 años si el dueño vive en la propiedad
- Subvención condicional totalmente perdonado luego de 10 años si el dueño no vive en la propiedad

SIN RESPONSABILIDAD POR LESIONES PERSONALES

Yo Indemnizaré y mantendré indemne al Departamento de Planificación y Desarrollo (Department of Planning and Development) de la Ciudad de Providence y a sus funcionarios ante cualquier demanda por lesiones o daños de cualquier tipo que sufran personas o bienes y que ocurran o surjan durante este programa.

FIRMAS: he leído el documento que antecede y he completado el formulario de solicitud. Yo, Certifico que la información proporcionada es completa y fidedigna. He leído la información proporcionada acerca del control de los riesgos por plomo y entiendo que mi vivienda será inspeccionada y que se realizarán trabajos para reducirlos.

Dirección de la Propiedad: _____

Firma del Propietario: _____

Fecha: _____

Firma del Propietario: _____

Fecha: _____



Lead Safe Providence Program Application Autorización Individual Para la Liberación de la Información

Yo autorizo a los siguientes socios de Lead Safe Providence Program (para incluir, sin limitación):

- Providence Department of Planning and Development
- Community Action Partnership of Providence
- Coalition to End Childhood Lead Poisoning/ Green & Healthy Homes Initiative
- St. Joseph's Hospital

a revelar información relevante sobre mí persona/ mi familia/ mi casa en conexión con el Lead Safe Providence Program. Entiendo que dicha información no se usará para ningún propósito que no tenga relación con el Lead Safe Providence Program.

Propuesto de Beneficiario(s) de la Información:

La información será recibida por cualquier organismo, agencia u organización que participe en Lead Safe Providence Program. A continuación figura la lista de esas entidades. Entiendo que esta lista se puede actualizar y cambiar periódicamente y que la lista actual será mantenida por la siguiente organización, la cual la proporcionará cuando sea solicitada:

Providence Department of Planning & Development
444Westminster Street
Providence, RI 02903
Attn: Lead Abatement Coordinator
401-680-8400

Entiendo que:

- Puedo retirar mi autorización en cualquier momento mediante la presentación de una solicitud por escrito al Lead Safe Providence Program al Department of Planning (vea la dirección arriba)
- Si me niego a firmar esta autorización, mis servicios, los pagos del programa, o la elegibilidad para participar en el programa no se verá afectado.
- La información utilizada o revelada conforme a esta autorización puede estar sujeta a una nueva divulgación por el beneficiario, y ya no protegida por esta regla.
- Entiendo que incluso si no retiro este consentimiento que esta declaración expirará en:
(por favor marque uno): ___ 3 meses ___ 6 meses ___ 12 meses ___ Otros
(si no se indica la autorización de tiempo, se expirará en un año)
- He leído con atención y comprendo lo anterior, y haciendo en el presente documento de forma expresa y voluntariamente a autorizar la divulgación de información acerca de mí mismo, mi familia o de mi casa a las personas o entidades mencionadas anteriormente.

Firma del Solicitante

____/____/____
Fecha de Hoy

Firma del Co-Solicitante

____/____/____
Fecha de Hoy

INFORMACION PARA INQUILINOS/ FORMULARIO DE ACUERDO

PRIMERA SECCION

El dueño de su apartamento aplico para participar en el Programa DPD reduccion Peligros del Plomo. Para poder qualificar, tiene que presentar un contrato de arrendamiento por cada inquilino. Si la propiedad qualifica, Se le hara una evaluacion de plomo en su hogar por un supervisor certificado en Plomo Ambiental. Un contratista con licencia en reduccion de plomo identificara y corregira el plomo. Este trabajo es llamado reduccion peligro de plomo.

REQUERIMIENTOS PARA EL PROGRAMA

Yo entiendo que mi vivienda sera evaluada sobre plomo por un supervisor certificado de plomo ambiental y reducido por un contratista con licencia de reduccion de plomo bajo el programa DPD Reduccion Peligro de Plomo. Como condicion de mi participacion en el programa reduccion de plomo DPD, yo se que el dueno de la propiedad estara de acuerdo con:

- Dejar que la evaluacion de plomo en mi vivienda sea llevada acorde los protocolos del programa
- Reducir todo peligro de plomo a un nivel seguro para mi vivienda dependiendo el resultado del examen
- Permitir que el inspector de plomo entre a mi hogar 12 meses despues que la reduccion de plomo alla ocurrido.

Beneficios Asociados con la reduccion peligro de plomo

Por participar en este programa , mi familia recibira los siguientes beneficios:

- Una evaluacion de plomo echa por un supervisor de plomo ambiental para encontrar peligros de plomo. Un contratista con licencia corregira estos peligros..
- Se le otorgara un paquete educacional sobre el plomo. El paquete le proveera informacion y respuestas a sus preguntas sobre la prevencion del envenenamiento con plomo.
- Sus niños menores de seis años de edad pueden recibir un examen gratis de sangre en el Hospital St. Joseph si usted no tiene cobertura medica. Si usted esta interesado favor de llamar (401-680-8400) para obtener esta forma. Es muy importante hacerle un examen de plomo anual a sus niños menores de seis años una vez al año.

RELOCACION DURANTE LA REDUCCION DE PLOMO

Durante la reduccion de plomo en mi vivienda, yo entiendo que mi familia devera mudarse temporalmente por un tiempo estimado de 5 – 12 dias y le sera prohibida la entrada a su apartamento hasta que todo el procedso este completo y la propiedad halla pasado la prueba

del polvo. Relocacion es esencial para que ningun miembro de mi familia inhale o indigeste el polvo del plomo durante la construccion. Inhalamiento o indigestion del polvo de plomo puede causar envenenamiento con plomo.

Como inquilino durante la reduccion de plomo, puedo elegir entre lo siguiente:

- Quedarme con amigos o familiares. Si elegijo esta opcion, yo recibire \$100.00 por dia no excediendo la cantidad de \$700.00 aproximadamente dos semanas despues de haver regresado a mi unidad. Si usted esta fuera de su edificio por mas de 3 dias, usted no devera renta por ese periodo de tiempo.
- Relocion a una unidad vacante en su mismo edificio. Yo todavia sere elegible para recibir los \$100.00 diarios no excediendo la cantidad de \$700.00, pero tengo que pagar mi renta completa.

Por los dias que usted este fuera de su hogar debido ala reduccion de plomo, el dueño deve descontar o devolver esa parte de la renta por ley de Rhode Island.

EMPAQUE Y ALMACENAMIENTO DE SUS COSAS DURANTE LA REDUCCION DE PLOMO.

Yo entiendo que sere responsable por empacar y almancenar mis pertenencias personales y mover objetos en cualquier habitacion que pueda recibir peligro con la reduccion de plomo. Objetos personales y objetos movibles incluyendo pero no limitado tales como: Todos lo muebles y vitrinas, closets, ropas, platos, decoraciones de pared, cortinas, alfombras, libros, refrigerador o frizer, comida y todo lo que no sea muebles. (Su ropa puede permanecer enganchada, coloquelas en bolsa negras de basura y coloquelas en su cama la cual sera envuelta en plastic y sellada. Sus pertenecias deveran ser colocadas en cajas y temporalmente almacenadas en un lugar seguro (Como el medio de la habitacion) para evitar contaminarlas durante la reduccion de plomo. Un contratista con licencia quien realizara el trabajo en la reduccion de plomo me dara instrucciones en como almacenar mis pertenecias de la manera correcta. Les recomendamos tomar cosas valiosas fuera de la unidad durante el proceso.

RESPONSABILIDAD FISCAL

Yo entiendo que lo fondos de este programa estan sujetos a creditos por City Of Providence Housing Funds o El Estado De Rhode Island.

NO RESPONSABLE POR DAÑOS PERSONALES

Yo voy a indemnizar El Departamento de Planning and Development y sus oficiales libre del cualquier reclamo por accidente o dano de cualquier indole haci sea personal o a la propiedad si ocurrierea durante este programa.

PREGUNTAS

Si usted tiene alguna pregunta, Yo devo de llamar a Paula Baron al Departament de Planning and Development al 401-680-8400.

FIRMAS

Yo he leído y completado la Primera Sección de arriba. Yo certifico que la información proveída en la Segunda Sección está completa y precisa. Yo he leído la información proveída sobre la reducción de plomo y entiendo que mi vivienda será inspeccionada y tratada por plomo. Durante el tiempo de construcción en mi unidad, mi familia estará:

1. _____ Estará con familias o amistades 2. _____ Necesita relocalización

Si usted elige quedarse con Familiares/ Amistades por favor de proveer el número de seguro social de la persona que requiere la relocalización

Número de Seguro Social _____

Cabeza de Familia

Fecha

Dirección de Propiedad

Unidad #

Firma del Dueño de la Propiedad

Fecha

Todos los inquilinos deben llenar las siguiente página

SEGUNDA SECCION

Nombre: _____ Telefono de casa o celular: _____

Por favor complete lo siguiente para todos los miembros de la casa (use papel separado si es necesario)

Nombre	Apellido	Edad	Fecha De Nacimiento	Genero	Raza (Opcional)	Etnicidad

*Raza: W= Blanco, B= Negro o Negro Africano, N= Nativo Hawaiano/ Otra islas Del Pacifico, A= Asia o Isla Pacifica, O= Otros

*Etnicidad: Hispano/Latino o No Hispano o No latino

La informacion arriba de Raza y Etnicidad ha sido requerida por el departamento de Planning and Development para proposito de monitoreo solamente.

Usted no esta requerido de proporcionar esta informacion. La ley dice que el prestamista puede discriminar en base a esta informacion si usted eleije proporcionarla.

Por favor de proveer el nombre y telefono de alguien que podamos llamar en caso de no poder comunicarnos con usted:

Nombre

telefono

Lead Safe Providence Program

Autorización Individual Para la Liberación de la Información

Yo autorizo a los siguientes socios de Lead Safe Providence Program (para incluir, sin limitación):

- Providence Department of Planning and Development
- Community Action Partnership of Providence
- Coalition to End Childhood Lead Poisoning/ Green & Healthy Homes Initiative
- St. Joseph's Hospital

a revelar información relevante sobre mí persona/ mi familia/ mi casa en conexión con el Lead Safe Providence Program. Entiendo que dicha información no se usará para ningún propósito que no tenga relación con el Lead Safe Providence Program.

Propuesto de Beneficiario(s) de la Información:

La información será recibida por cualquier organismo, agencia u organización que participe en Lead Safe Providence Program. A continuación figura la lista de esas entidades. Entiendo que esta lista se puede actualizar y cambiar periódicamente y que la lista actual será mantenida por la siguiente organización, la cual la proporcionará cuando sea solicitada:

Providence Department of Planning & Development
444Westminster Street
Providence, RI 02903
Attn: Lead Abatement Coordinator
401-680-8400

Entiendo que:

- Puedo retirar mi autorización en cualquier momento mediante la presentación de una solicitud por escrito al Lead Safe Providence Program al Department of Planning (vea la dirección arriba)
- Si me niego a firmar esta autorización, mis servicios, los pagos del programa, o la elegibilidad para participar en el programa no se verá afectado.
- La información utilizada o revelada conforme a esta autorización puede estar sujeta a una nueva divulgación por el beneficiario, y ya no protegida por esta regla.
- Entiendo que incluso si no retiro este consentimiento que esta declaración expirará en:
(por favor marque uno): ____ 3 meses ____ 6 meses ____ 12 meses ____ Otros
(si no se indica la autorización de tiempo, se expirará en un año)
- He leído con atención y comprendo lo anterior, y haciendo en el presente documento de forma expresa y voluntariamente a autorizar la divulgación de información acerca de mí mismo, mi familia o de mi casa a las personas o entidades mencionadas anteriormente.

Firma del Inquilino

____/____/____
Fecha de Hoy