

PRESOLICITUD DE FONDOS PARA REPARACION DE PELIGROS POR PLOMO

INFORMACION GENERAL

Nombre del Propietario			
Nombre de contacto		Tel.	Casa:
			Durante el día:
		correo electrónico	
Dirección de la Propiedad	Ciudad		Código postal
Dirección de correo del Propietario	Ciudad		Código postal

Prioridad para unidades con niños menores de seis (6) años o visitan regularmente o una mujer embarazada, unidades construidas antes de 1960, cuidado de niños a domicilio, y unidades en el programa HCV.

* La unidad debe tener por lo menos un dormitorio, excepto estudios que pueden ser elegibles si hay un niño menor de seis (6) años.

** Unidades ocupadas por el propietario debe de ser la vivienda de un niño menor de seis (6), una mujer embarazada o que la visita un niño menor de seis (6) por lo menos dos veces a la semana tres (3) horas por visita.

*** Bajo recursos significa que según su conocimiento los ingresos familiares están bajo los siguientes límites:

# de personas	80%	1	2	3	4	5	6	7	8
Límite de ingresos	AMI	\$50,750	\$58,000	\$65,250	\$72,500	\$78,300	\$84,100	\$89,900	\$95,700

Número total de unidades en la propiedad: _____

Unidad # (ex. "Unidad 402" o "Unidad C")	Marque "X" Actualmente Sección 8	# de Dormitorios *	# total de personas en la unidad	¿Hay un niño menor de 6 años en la unidad? **	Nombre y # de Tel. del ocupante (escriba "vacante" si no vive nadie)	¿Bajo recursos? (Tabla arriba)***	Lenguaje principal
				<input type="checkbox"/> Niño bajo 6 viviendo <input type="checkbox"/> Niño bajo 6 visita** <input type="checkbox"/> Ocupante embarazada <input type="checkbox"/> Guardería** <input type="checkbox"/> No sabe		<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe	<input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> _____
				<input type="checkbox"/> Niño bajo 6 viviendo <input type="checkbox"/> Niño bajo 6 visita** <input type="checkbox"/> Ocupante embarazada <input type="checkbox"/> Guardería** <input type="checkbox"/> No sabe		<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe	<input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> _____
				<input type="checkbox"/> Niño bajo 6 viviendo <input type="checkbox"/> Niño bajo 6 visita** <input type="checkbox"/> Ocupante embarazada <input type="checkbox"/> Guardería** <input type="checkbox"/> No sabe		<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe	<input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> _____
				<input type="checkbox"/> Niño bajo 6 viviendo <input type="checkbox"/> Niño bajo 6 visita** <input type="checkbox"/> Ocupante embarazada <input type="checkbox"/> Guardería** <input type="checkbox"/> No sabe		<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe	<input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> _____

¿Cómo supo del Programa? Hoja volante Busco en el internet Presentación Evento comunitario Otra: _____

Yo certifico que soy el propietario o representante del propietario y que estoy entregando esta pre solicitud para los fondos de reparación de los peligros por plomo y autorizo la Agencia de Reurbanización de Viviendas de Sacramento para hacer una evaluación del plomo en la propiedad. Toda la información es correcta según mi entendimiento.

Firma del solicitante	Fecha: ____/____/____
-----------------------	-----------------------

Por favor complete y regrese la solicitud por: FAX TO **916-492-2704**
o escanear y mandar por correo electrónico a **LeadFunds@shra.org**
O por correo postal a **SHRA, 801 12th Street, Sacramento, CA 95814**