



Departamento de Salud Para Kansas City, Missouri

Lead Safe Kansas City
2400 Troost Ave, Suite 3400
Kansas City, MO 64108

Teléfono: (816) 513-6048 Faxes: (816) 513-6341

USO EN OFICINA

Case Number:	
Date Received:	
Priority:	
Distributed By:	

APLICACIÓN PARA UNA PROPIEDAD OCUPADA POR EL DUEÑO



El Departamento de Salud de Kansas City Missouri, quiere ayudar a que el plomo de su hogar sea seguro para usted y para sus hijos. Este servicio GRATUITO puede incluir limpieza, re pintura, o reemplazamiento de superficies que estén contaminadas con pintura a base de plomo.

Usted Puede calificar si:

- Es el dueño y vive en una casa en Kansas City, Missouri, constuida antes de 1978.
- El ingreso de su hogar sea menos de igual a un 80% del ingreso promedio del área.
- Si usted tiene hijos menores de 6 años que viven en o visitan su hogar por más de 6 horas por semana.
- Si una ocupante de la propiedad está embarazada.

Documentos requeridos para la solicitud: **LOS SIGUIENTES DOCUMENTOS DEBEN ESTAR INCLUIDOS EN ESTA APLICACION:**

Comprobante de que usted es dueño de esta Propiedad – una copia de la Escritura de Garantía o de Renuncia.

Comprobante de Ingresos - 2 copias de comprobantes de salario más recientes. También, incluya cartas de aprobación documentando otras fuentes de ingreso: desempleo, seguro social, incapacidad, compensación del trabajador, pensión, AFDC, TANF, etc. Incluya el ingreso de todos los miembros del hogar mayores de 18 años.

Verificación de Ingresos - Un estado de cuenta bancaria más reciente del mes completo de todas las personas mayores de 18 años.

Comprobante de Guarda Legal de Menores o Embarazo— copias de certificados de nacimiento de todos los niños menores de 6 años que vivan en o que visiten la residencia por lo menos de 6 horas a la semana o una declaración verificando el embarazo de la ocupante.

Por Favor, completa la siguiente información:

PARTE A

Nombre: _____
APELLIDO PRIMER INICIAL DE SEGUNDO

Dirección: _____
CALLE # DE APT./UNIDAD

CIUDAD ESTADO CÓDIGO POSTAL

Teléfono: _____ **Teléfono Alternativo:** _____

Dirección de correo electrónico: _____

Edad: _____	Sexo:	Jefa del Hogar :	Si	No
Raza:				
Indio Americano o Nativo de Alaska		Negro o afroamericano		Asiático
Nativo Hawaiano o Isleño		Blanco		Mestizo/ Mestizaje
Etnicidad:	Hispano(a)/Latino(a)	No Hispano(a)/Latino(a)		
Estado Civil:	Soltero(a)	Casado(a)	Divorciado(a)	Separado(a)

Nombre de Espos(a): _____
APELLIDO PRIMERO/PRIMERA INICIAL DE SEGUNDO

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

Número de niños que reciben Medicaid: _____

Número total de las personas que viven en el hogar: _____

Número de embarazadas en el hogar: _____

¿Es un refugiado federalmente reconocido? Si No

¿Se utiliza esta casa como una guardería? Si No

¿Se incluye la prueba de Propiedad por dueño ocupado?

Se requiere una copia de la Escritura (Garantía o Reclamación de renuncia). Todos los solicitantes **DEBEN** ser los propietarios de registro y **DEBEN** ocupar la casa.

PARTE B

Esta sección se utiliza para determinar su ingreso familiar anual proyectado. Enumere **TODOS** los ocupantes en el casa. Los niños, así como los adultos sin ingresos, Ellos **DEBERIAN** estar en la lista con "N/A" en la columna *Nombre Del Empleador/Fuente De Ingresos* y un "0" (cero) en la columna de *Bruto Anual Ingresos* (no lo deje en blanco). Si necesita ayuda o asistencia, consulte las instrucciones y la tabla de grafico por ejemplo en la página siguiente.

Miembros Del Hogar (Nombre y Apellido)	Edad	Nombre Del Empleador/Fuente De Ingresos Indique el nombre de su(s) empleador(es) o fuente(s) de ingresos. Sino tiene un empleador, seleccione entre los siguientes: Desempleo; Trabajadores por cuenta propia; Seguridad Social; Discapacidad / TrabajadorComp.; Pensión de retiro; Manutención de los hijos; Pensión alimenticia; Bienestar;Otro. Si esta "Otro(a)", explique.	Ingresos Brutos Anuales
El total de ingresos anuales proyectados en el hogar:			

INFORMACIÓN DE ACTIVOS

Los activos que pertenecen a todos y cada uno de los miembros del hogar deben tenerse en cuenta cuando calculando el ingreso anual para el hogar. Marque todos y cada uno de los activos que usted o cualquierlos miembros tienen del hogar. Si no hay activos, marque "**Ninguna**". Se pueden adjunto documentos de verificación.

- | | | |
|---------------------------------------|--|----------------------|
| Cuenta corriente o de ahorro | Jubilación o pensión | Ganancias de lotería |
| Certificado de Depósito (CD) | Fideicomisos | Alquiler |
| Acciones, Bonos o Fondos Mutuos Funds | Herencia | Hipoteca |
| 401K | Liquidaciones sobre reclamaciones de seguros | Ninguna |

**NOTA: El personal de LSKC usará esta hoja de papel a calcular y verificar los ingresos presentados. También, pueden contactarlo para reunirse más información sobre sus ingresos y/o activos si es necesario. Cuando se completa la verificación de ingresos, el personal pueden determinación su elegibilidad en el programa para calculadora el ingreso anual de su hogar. Las pautas de HUD requieren el personal verificar los ingresos no antes de 6 meses antescualquier trabajo de control de riesgo de plomo está programado para comience. Si se han producido cambios en sus ingresos u ocupación, Informe al personal de LSKC de cualquier cambio en la ocupación o los ingresos inmediatamente. Si no lo hace, es posible que ya no sea eligible trabajo de control de riesgos de plomo.*

Certifico bajo pena de ley que la información contenida en la declaración de la página anterior es verdadero, preciso y completo a lo mejor de mi conocimiento. Entiendo y acepto que mi electrónicafirma es el equivalente de una firma manual y que otros pueden confiar en ella como tal en conexión con esta aplicación y la información que he proporcionado en este documento. También entiendo que existen sanciones significativas por enviar información falsa, incluida la posibilidad de multa y encarcelamiento por conocer violaciones.

Firma Del Propietario(a): X Fecha: _____

Determinación del Ingreso Anual:

1. **Empleador/Fuentes de ingreso** : La documentación aceptable incluye dos declaraciones de salarios más recientes, IRS 1040, formularios W-2, desempleo, Seguridad Social, discapacidad, compensación laboral, pensión, AFDC, TANF, manutención de los hijos, pensión alimenticia y otras fuentes. Si es "Otro", explique. Si el ocupante es un niño o un adulto sin ingresos, complete el espacio en blanco con "N/A". No haga dejar en blanco.

2. Utilizando la tabla anterior, determine el ingreso anual de su hogar para el **período de 12 meses**. **Liste usted mismo y a cada miembro de su familia o hogar**. Estime el ingreso bruto de cada fuente para cada miembro de la familia o hogar para el período de 12 meses. Si usa un recibo de sueldo, multiplique cada cantidad de ingreso bruto por el número de períodos de pago en el período de 12 meses. Al calcular el ingreso anual utilizando el pago de cada quincena, multiplique el ingreso bruto por 26 semanas. Agregue todas las cifras de ingresos anualizadas para todos los miembros de la familia o del hogar.

Ejemplo: John y su esposa, Mary, ambos trabajan. Su hijo dependiente, James, que vive en casa, ha solicitado asistencia del programa. John gana un bruto de \$ 250 por semana; Mary gana \$ 200 por mes. El ingreso anual estimado de John fue de \$ 13,000 (\$ 250 por 52 semanas); Mary's era \$ 2,400 (\$ 200 por 12 meses). Si estas fueron las únicas fuentes de ingresos, entonces el ingreso familiar anual de James durante los doce meses es de \$ 15,400 (\$ 13,000 más \$ 2,400).

3. Complete este formulario, firme y coloque la fecha, **y adjunto copias de los documentos de origen** (SSI, declaraciones de salarios, talones de cheques).

Ejemplo de tabla completa:

Casa Miembro Primero y último Nombre	Años	Nombre del Empleador / fuente de Ingresos <small>Indique el nombre de su(s) empleador(es) o fuente(s) de ingresos. Si no tienes un empleador, entre los siguientes dos declaraciones de salarios más recientes, desempleo, Seguridad Social, discapacidad, compensación laboral, pensión, AFDC, TANF, manutención de los hijos, pensión alimenticia y otras fuentes; Otro. Si es "Otro", explique</small>	Ingresos Brutos Anuales
Alma Morales	47	Manutención de los hijos, pensión alimenticia	\$21,600.00
Andy Morales	19	A&E Electric	\$10,400.00
Cristobal Morales	15	N/A	0
Camila Morales	3	N/A	0
El total de ingresos anuales proyectados en el hogar:			\$32,000.00

¿Se adjunta su comprobante de ingresos?

Se debe proporcionar un comprobante de ingresos al personal de LSKC por cada ocupante de 18 años de edad o más, para que sea elegible para el programa. Esto incluye 2 talones de cheques o declaraciones de salarios recientes y un banco completo de 1 mes de declaración.

PARTE C

Liste cualquier niño menor de 6 años que viva o visite con frecuencia la propiedad (6 o más horas por semana).

EL NOMBRE DEL NIÑO(A)	EDAD	FECHA DE NACIMIENTO	RELACIÓN CON EL DUENO

Yo, _____, certifico que la afirmación anterior es verdadera y que ellos niños mencionados anteriormente viven o visitan con frecuencia la propiedad descrita anteriormente seis (6) horas o más por semana. yo acepto proporcionar copias de los certificados de nacimiento para cada uno de los niños mencionados anteriormente como prueba de su edad. entiendo y acepto que mi firma electrónica es el equivalente de una firma manual y que otros pueden confiar en ella como tal en relación con esta aplicación y la información que he proporcionado en este documento. Entiendo que hay importantes sanciones por enviar información falsa, incluida la posibilidad de multas y encarcelamiento por infracciones de conocimiento.

Firma Del Propietario(a): _____ Fecha: _____

¿Certificado de Nacimiento adjunto? (para niños menos de 6 años de edad)

PARTE D

Por la presente hago una solicitud a la Ciudad de Kansas City, Missouri, Lead Safe Kansas City para trabajar en la propiedad antes mencionada. Certifico además que soy el propietario y ocupante de dicha propiedad y que el ingreso declarado en la PARTE B representa el ingreso anual total de mi hogar, incluida la porción de activos.

La información de ingresos proporcionada en la PARTE B está sujeta a verificación por parte de la Ciudad de Kansas City, Missouri. estoy de acuerdo con enviar a la Ciudad, a pedido, copias de cualquier documentación de ingresos necesaria, y estoy consciente de que todos los empleadores pueden ser contactados para verificar los ingresos recibidos como resultado del empleo. Por la presente otorgo permiso a la Ciudad de Kansas City, Missouri Lead Safe Kansas City supervisor, inspectores, empleados y contratistas que puede usar para ingresarlas instalaciones enumeradas en la PARTE A para realizar trabajos bajo Lead Safe Kansas City. Sostengo la ciudad de Kansas City, Missouri inofensivo de cualquier reclamo legal o financiero derivado del desempeño de dicho trabajo.

Entiendo que cualquier superficie de soporte de plomo que se determine que está intacta o en buenas condiciones al momento de la evaluación no se clasifica como un peligro y este programa no la abordará. Cualquier monitoreo continuo y la acción correctiva necesaria después de que se complete el trabajo de Lead Safe Kansas City será mi responsabilidad como propietario.

Certifico bajo pena de ley que la información contenida en la declaración es verdadera, precisa y completa de la mejor manera de mi conocimiento. Entiendo y acepto que mi firma electrónica es el equivalente de una firma manual y que otros pueden confiar en ella como tal en relación con esta aplicación y la información que he proporcionado en este documento. entiendo que existen sanciones importantes por presentar información falsa, incluida la posibilidad de multas y encarcelamiento por conocer violaciones.

Firma Del Propietario(a): _____ Fecha: _____

INFORMACIÓN ADICIONAL

- ✓ **Toda la información debe completarse y firmarse para ser aceptada en el programa (Parte A a Parte D).**
- ✓ **Todas las personas deben estar fuera de la casa durante el trabajo de abatimiento. Este trabajo involucra el reemplazo de componentes y en la mayoría de los casos, las ventanas. Una dispensa está disponible para personas mayores de 62 años o si están discapacitadas.**
- ✓ **Cada una de las direcciones es elegible una vez para recibir remediación de control de riesgo de plomo o tipo de trabajo de abatimiento.**

PREGUNTAS MAS FRECUENTES

¿A dónde voy para obtener un comprobante de propiedad de la vivienda?

Usted Puede procesar esta documentación en los registros de bienes raíces de la compra de su casa. Si no, puede solicitar un Escritura de propiedad (Escritura de garantía o Escritura de renuncia) en las siguientes ubicaciones:

En línea en: <https://www.jacksongov.org/267/Recorder-of-Deeds> o en;

Palacio de justicia del condado de Jackson, Registrador de
Deeds Department 415 E 12th Street,
Habitación 104 Kansas City, MO 64106
(816) 881-3000

¿Cómo obtengo una copia del certificado de nacimiento de mi hijo?

Usted puede obtener un certificado de nacimiento contactando al Departamento de Salud del Estado en lo cual su niño(a) nació. Si su niño(a) nació en Missouri, puede obtener el certificado de nacimiento en la siguiente ubicación:

**Kansas City, MO Salud
Departamento, registros vitales
Office 2400 Troost
Kansas City, MO 64108
(816) 513-6309**

¿Dónde puedo hacer que mis hijos sean examinados para detectar plomo?

Usted puede comunicarse con el pediatra o la clínica de su hijo y solicitar una prueba de plomo, o puede llamar a Kansas City, MO Departamento de Salud al (816) 513-6048 para programar una prueba de plomo GRATUITA de plomo para su(s) hijo(s).

¿Dónde envío mi documentación adicional requerida?

Certificados de nacimiento, escrituras y documentos de verificación de ingresos (2 talones de cheques Y estados de cuenta bancarios reciente de 1 mes) declaración) puede enviarse por correo electrónico a christopher.mcfarland@kcmo.org. Otras opciones incluyen enviar por correo o entregar persona a:

Departamento de salud
Servicios de salud ambiental
Prevención del envenenamiento por plomo en la infancia y hogares saludables
Programa 2400 Troost Ave., Suite 3400
Kansas City, MO 64108

¿Tienes más preguntas? No dude en llamar a nuestra oficina de Lead Safe KC al (816) 513-6048, abierto desde lunes a viernes de 8 am a 5 pm. Gracias por aplicar!

¿COMO SUPISTE DE NOSOTROS? (OPCIONAL)

Periódico

Radio

Asociación de vecinos

Otro (por favor explique)

Cartelera

Televisión

Amigos / Vecinos

Inspector de la Ciudad

Cualquier persona con una discapacidad que desea adaptaciones razonables para poder tener acceso a estos servicios puede llamar al (816) 513-6048 o al (800) 735-2966 (Missouri Relay repetidor para personas con Problemas de Audición) para asistencia.