

REQUISITOS MINIMOS

1. Usted tiene que ser el dueño y vivir en su domicilio lo mínimo de 12 meses antes de aplicar al programa.
2. La propiedad tiene que estar localizada en el Condado de Pima no incorporado, y esto NO incluye la Ciudad de Tucson.
3. Sus ingresos no pueden ser mas de lo siguiente. (Los ingresos de todas las personas viviendo en el domicilio tienen que ser incluidos en el total de ingresos anuales.)
4. Usted concuerde de no vender su casa por el mínimo de un año de la fecha de la inspección final en el (Certificate Of Completion) por las reparaciones en su casa.

LIMITES DE INGRESOS ANUALES

Programa de Reparación de Techos, Programa de Calefacción y Acondicionamiento de Aire, Programa de Reparación De Sistemas Mayores, y Programa de Sistema Séptica.

TAMAÑO FAMILIAR

INGRESOS ANUALES

1 Persona	\$33,950 o menos
2 Personas	\$38,800 o menos
3 Personas	\$43,650 o menos
4 Personas	\$48,500 o menos
5 Personas	\$52,400 o menos
6 Personas	\$56,300 o menos
7 Personas	\$60,150 o menos
8 Personas	\$64,050 o menos

Información Actualizada: 4/12/18

LIMITES DE INGRESOS ANUALES

Programa De Composturas A Prueba De La Intemperie

TAMAÑO FAMILIAR

INGRESOS ANUALES

1 Persona	\$24,120 o menos
2 Personas	\$32,480 o menos
3 Personas	\$40,840 o menos
4 Personas	\$49,200 o menos
5 Personas	\$57,560 o menos
6 Personas	\$65,920 o menos
7 Personas	\$74,280 o menos
8 Personas	\$82,640 o menos

Información Actualizada: 01/13/18

CONDADO DE PIMA PROGRAMAS PARA LA REPARACION DE DOMICILIO

CHEQUEO Y SOLICITUD

POR FAVOR LLENE LAS SIGUIENTES PAGINAS Y PROPORCIONE LOS DOCUMENTOS NECESARIOS LO MAS PRONTO POSIBLE. SI UNA PAGINA NO APLICA A USTED, ESCRIBA (N/A). USTED TIENE QUE FIRMAR LA PAGINA INCLUSO SI NO APLICA A USTED. ESTO NOS INDICA QUE USTED HA LEIDO LA PAGINA.

CUANDO ESTE SU SOLICITUD COMPLETA, LAS ENVIE EN EL SOBRE ADJUNTO O ENTREGELAS EN PERSONA.

USTED SERA COLOCADO EN UNA LISTA DE ESPERA CUANDO LOS DOCUMENTOS ESTEN 100% COMPLETOS.

SI USTED TIENE CUALQUIER PREGUNTA, PUEDE LLAMARNOS A 243-6696. LAS HORAS DE OFICINA SON DE 8 A.M. HASTA 5 P.M. DE LUNES A VIERNES.

PARA LAS SOLICITUDES DE AJO, SE PUEDE LLAMAR AL 1-800-775-7462 A TUCSON EI PEAJE LIBRE.

DEBIDO A LA CANTIDAD DE SOLICITANTES PARA ESTOS PROGRAMAS, EL LIMITE DE FONDOS, Y EL TIEMPO DE PROCESAR LAS SOLICITUDES, HABRA UN TIEMPO DE ESPERA DE ACUERDO CON LAS INSTRUCCIONES.

PIMA COUNTY
COMMUNITY DEVELOPMENT AND
NEIGHBORHOOD CONSERVATION DEPARTMENT
HOME REPAIR PROGRAM
2797 E. Ajo Way - 3rd. Floor
Tucson, Arizona 85713
(520) 724-2696

I M P O R T A N T E

SI USTED VIVE EN LA CIUDAD DE TUCSON PARE, SU PROPIEDA NO ES ELIGIBLE.
CONTACTE EL PROGRAMA DE REPARACION DE DOMICILIO DE LA CIUDAD
DE TUCSON A 791-4636.

Estimado Solicitante:

Este paquete contiene toda la información y formas que usted necesita para solicitar por asistencia de los siguientes programas de La Reparación de Domicilio de Condado de Pima: Reparación de Techo para Casas Convencionales, Calefacción y Acondicionamiento de Aire, Rehabilitación de Sistemas Mayores, Reparación de Techo de Casas Móviles, Sistema Séptica, y Composturas a Prueba de la Intemperie.

PARA PODER PROCEDER CON SU SOLICITUD, ES NECESARIO QUE USTED FIRME Y DEVUELVA ESTOS DOCUMENTOS A NUESTRA OFICINA.
--

- A) **Solicitud** (Pgs. 1-14)
Por favor complete y devuelva.
- B) **Formulario General** (Pg. 5)
Por favor firme, feche y devuelva.
- C) **Formulario de Renuncia de Volver a Situar** (Pg. 5)
Por favor firme, feche y devuelva.
- D) **Administración de Seguro Social** (Pg. 6)
Si usted recibe dinero de la Administración de Seguro Social, por favor firme, feche, y devuelva.
- E) **Solicitud Para Verificación de Empleo** (Pg. 7)
Si usted (o habitante de su casa) tiene empleo, por favor firme y feche esta forma. También, llene el nombre, dirección, y número de teléfono de su empleador. De allí se puede llevar la forma a su empleador para llenar lo demás.
- F) **Otras Fuentes de Ingresos** (Pg. 8)
Si usted recibe otras fuentes de ingresos, por favor llene con el nombre, dirección, número de teléfono y su número de identificación (si tiene) de este otro ingreso. Además, llene su nombre y número de seguro social (opcional) firme, feche, y devuelva.

- G) **Lista de Su Propiedad/Numero de Residencias en la Propiedad** (Pg. 9)
Por favor llene esta forma completamente, firme, feche, y devuelva.
- H) **Impuestos Federales** (Pg. 10)
Por favor, cheque una posición, firme, y devuelva. (Si archiva los impuestos federales, una mande copia de sus impuestos del año pasado.)
- I) **Forma De Mantener Libre De Perjuicio Tocante El Moho** (Pg. 10)
Por favor firme, feche y devuelva. Folleto: **"Una Breve Guía Para El Moho, La Humedad Su Hogar"**
- J) **Folleto: Remodela Correctamente: Información sobre los riesgos causados por el plomo para familias, proveedores de cuidado infantil y escuelas** (Pg. 11)
Este folleto es para su información. Por favor firme, feche, y devuelva.
- K) **Declaración de Medico – Estado Incapacitado** (Pg. 12)
Solamente llene esta forma si usted esta incapacitado. Por favor llene, lleve a su doctor a firmar, y devuelva a nosotros. (Si ya tiene usted una declaración escrita por su doctor, no es necesario llenar esta pagina.)
- L) **Formulario Para Historia de Utilidades** (Pg. 13)
Por favor llene completamente, firme, apunte la fecha, y devuelva. Esta forma tiene que ser firmada por la persona que tiene el nombre en las cuentas de utilidades.
- M) **Acuerdo Entre Dueño de Domicilio y el Condado** (Pg. 14)
Por favor firme, apunte la fecha, y devuelva.
- NECISITAMOS COPIAS DE LO SIGUIENTE PARA COMPLETAR SU SOLICITUD**
1. Copia de sus impuestos federales del año pasado como esta indicado en pagina. (10)
 2. Copia de su acta o titulo o cualquier escritura que compruebe su propiedad. También, titulo de casa móvil para dueños de casas móviles. El titulo tiene que estar en su nombre.
 3. Si usted recibe un cheque mensual por favor mándenos lo siguiente: una copia del cheque que recibe mensualmente sea del Seguro Social, Pensión u otro o copia de la carta de decisión. Por favor mande lo mas reciente.
 4. Si usted tiene empleo, por favor llene la forma *Solicitud A Verificación de Empleo*, pagina (7) y mande copias de los últimos (4) cuatro talones de cheques.
 5. Si usted esta empleado por si mismo, favor de mandar verificación de ingresos de los últimos cuatro meses.

NOTA: Debe informar de los ingresos de todas las personas en su hogar.

PIMA COUNTY HOME REPAIR APPLICATION

PROPIETARIO: _____ EDAD: _____ Numero de personas viviendo en su domicilio: _____

NOMBRE DE ESPOSA (O): _____ EDAD: _____

DOMICILIO: _____ NUMERO DE TELEFONO: Hogar: _____

 CIUDAD ESTADO CODIGO POSTAL

Trabajo: _____

Celular: _____

E-Mail _____

Dirección De Envió Si Es Diferente De Domicilio: _____

POR FAVOR CHEQUE LA CAJA DE SU RESPUESTA PARA CADA UNA DE LAS SIGUIENTES:
 (Marque todo lo que le aplique - Información sobre raza es solo para estadísticas)

EL RENTAR/ SER DUENO:

- Soy dueño (o estoy comprando) la casa en que vivo.
- Soy dueño (o estoy comprando) el terreno en que vivo.
- Rento el terreno en que vivo.

EL TIPO DE CASA EN QUE USTED VIVE:

- Vivo en una casa convencional.
- Vivo en una casa móvil.
- Parte de mi casa es casa móvil.

CATEGORIAS DE RAZA Marque solo una raza			Marque la caja si también es Hispano
1.	Indio Americano o Nativo de Alaska	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.	Asiático	<input type="checkbox"/>	
3.	Americano Africano o Negro	<input type="checkbox"/>	
4.	Nativo de Hawaii o otro Isleño Pacifico	<input type="checkbox"/>	
5.	Blanco	<input type="checkbox"/>	
6.	Indio Americano o Nativo de Alaska y Blanco	<input type="checkbox"/>	
7.	Asiano y Blanco	<input type="checkbox"/>	
8.	Negro o Americano Africano y Blanco	<input type="checkbox"/>	
9.	Indio Americano o Nativo de Alaska y Negro o Americano Africano	<input type="checkbox"/>	
10.	Otro	<input type="checkbox"/>	

NOTA: R.V.'S/CASAS DE MOTOR Y REMOLQUE DE VIAJAR NO SON ELIGIBLES

OTRAS PREGUNTAS:

SI NO He tenido, en el pasado, asistencia del Condado Pima.

Compre mi casa en: _____ (el año) Año de mi casa: _____

SOLICITUD

INGRESOS DOMICILIARIOS (Marque todo lo que le aplique)

SALARIOS (CANTIDAD MENSUAL) \$ _____ CANTIDAD ANUAL \$ _____

PENSION (CANTIDAD MENSUAL) \$ _____ CANTIDAD ANUAL \$ _____

SEGURO SOCIAL
(CANTIDAD MENSUAL) \$ _____ CANTIDAD ANUAL \$ _____

A.F.D.C. (CANTIDAD MENSUAL) \$ _____ CANTIDAD ANUAL \$ _____

INGRESOS DE OTRAS PROPIEDADES
(CANTIDAD MENSUAL) \$ _____ CANTIDAD ANUAL \$ _____

OTRO (CANTIDAD MENSUAL) \$ _____ CANTIDAD ANUAL \$ _____

RESUMEN DE INGRES DOMICILIARIOS

Cual es el total de ingresos de su familia?

INGRESOS MENSUALES \$ _____ CANTIDAD ANUAL \$ _____

MIEMBROS DE SU DOMICILIO

Empezando con usted escriba todos los miembros de su domicilio, y llene la siguiente información para cada persona.

	NOMBRE	EDAD	SEXO	FECHA DE NACIMIENTO	NUMERO DE SEGURO SOCIAL	RELACION	INGRESOS ANUALES
1							
2							
3							
4							
5							
6							
7							
8							

NOTA: 1) TODOS LOS INGRESOS TIENEN QUE SER VERIFICADOS. 2) POR FAVOR MANDE COPIAS DE SU TARJETA DE SEGURO SOCIAL Y TARJETA DE IDENTIFICACION CON SU FOTO DE TODOS LOS MIEMBROS DE SU DOMICILIO.

ESTOY APLICANDO PARA LOS SIGUIENTES PROGRAMAS:

Puede escoger uno o todos los programas. Un Especialista de Rehabilitación de Casa valorara su casa para determinar cual programa satisfará mejor sus necesidades dentro de las pautas de programa.

REPARACION DE TECHO (Especifique el tipo de techo.)

Techo de la Tablilla Techo Plano Techo Metal de Casa Movil Singular Doble

Por favor describa en detalle la razón porque esta solicitando un techo nuevo:

CALEFACCION Y ACONDICIONAMIENTO DE AIRE

Por favor describa en detalle porque esta solicitando reparación o reemplazo de su calentón de casa, cooler, o calenton de aqua:

SISTEMA SEPTICO

Por favor describa en detalle porque esta solicitando reparación o reemplazo de su sistema séptica:

COMPOSTURAS A PRUEBA DE LA INTEMPERIE

Por favor describa en detalle porque esta solicitando reparaciones que le bajaran los costos de calefacción e acondicionamiento de aire por el rellenar, aislar y burletar, etc.

INFORMACION ADICIONAL :

Su propiedad esta situada en una zona inundable? Si No No se

Si su respuesta es si, tiene usted algún seguro de inundación en su propiedad?

Si Si su respuesta es si, nombre, dirección y numero de teléfono de su agente:

No Si no, debe obtener el seguro contra inundaciones para calificar.

Tiene usted Seguro de Propietario? Si No

Si su respuesta es si, nombre, dirección y numero de teléfono de su agente:

Numero de su póliza de Seguro de Propietario contra la inundación: _____

Yo actualmente vivo en la propiedad que necesita reparación: Si No

Como supo de este programa?

**PROGRAMAS DE REPARACION DE DOMICILIO
DEL CONDADO PIMA**

FORMA DE CONSENTIMIENTO GENERAL

Yo/Nosotros, _____ por este medio autorizamos al Condado Pima o a sus agentes nombrados a obtener y recibir toda información que tenga que ver con la elegibilidad para el programa de reparación incluyendo empleo, ingresos (incluyendo formas de IRS), crédito, residencia, seguro de propietario, y información bancaria de toda persona, compañía o agencia que tenga acceso a tal información bancaria de toda persona, compañía o agencia que tenga acceso a tal información por este medio, esta autorización le da al Condado Pima el derecho a solicitar toda la información que se pueda obtener de cualquier persona, compañía o agencia con referencia al asunto anteriormente ya mencionado. Yo (nosotros) estamos de acuerdo a no declarar difamación, invasión de la soledad de uno o por otra parte contra cualquier persona, agencia o compañía por razones de haber alguna declaración o información al Condado Pima con propósito a este programa. El plazo de esta autorización empezara la fecha de la firma y continuara por un periodo de dos (2) años.

Firma

Fecha

Firma

Fecha

DOMICILIO: _____

FORMULARIO DE RENUNCIA DE VOLVER A SITUAR

Yo/Nosotros _____, dueño(s) de la casa situada en:

Hemos recibido una beca del Programa de Condado Pima para reparación de domicilio y renuncio cualquier y todo derecho que tenga bajo el “Uniform Relocation Assistance Act”.

Yo/Nosotros no necesitamos alojamiento temporáneo y estamos de acuerdo en permanecer en la casa durante el plazo de compostura,

Propietario

Fecha

Propietario

Fecha

PIMA COUNTY
COMMUNITY DEVELOPMENT AND
NEIGHBORHOOD CONSERVATION DEPARTMENT
HOME REPAIR PROGRAM
2797 E. Ajo Way - 3rd. Floor
Tucson, Arizona 85713
(520) 724-2696

Social Security Administration
3500 N. Campbell, Ste. 100
Tucson, Arizona 85719

Fecha de Nacimiento

Nombre Completo _____ SS# _____

Nombre Completo _____ SS# _____

Ha puesto una solicitud para ayuda para la reparación de domicilio con los Programas de Reparación de Domicilio del Condado Pima. El solicitante ha autorizado al Condado Pima por escrito obtener verificación del estado de ingresos cual el/ella recibe de su agencia. La información que se necesita es la cantidad recibida mensualmente; futuros aumentos o reducciones en esta cantidad, y el plazo de tiempo que el solicitante recibirá esta cantidad. Por favor proporcione esta información en el sobre adjunto.

AUTORIZACION DE SOLICITANTE

Autorizo a su agente a proporcionar la información nombrado anteriormente al Programa de Reparación de Domicilio del Condado Pima.

Firma del Propietario/Recipiente

Fecha

Firma del Propietario/Recipiente

Fecha

Pima County Community Development and
Neighborhood Conservation Department
Privacy Act Disclosure Notice

Proporcionando su Numero de Seguro Social (SSN) para los Programas de Reparación de Domicilio del Condado Pima es voluntario. Su (SSN) es para verificar su ingreso. Si escoja de no proporcionar su (SSN), sus benéficos todavía proporcionarán pero puedan estar demorados.

Solicitud A Verificación De Empleo

El nombrado ha puesto una solicitud para Pima County Community Development and Neighborhood Conservation Department para recibir ayuda con nuestro Programa De Reparación de Domicilio. El solicitante ha escrito que tenia o tiene empleo con su Agencia. El solicitante ha autorizado por escrito, a esta Agencia obtener información de su empleo. Le agradecemos mucho su ayuda de proporcionar la información de empleo. Gracias.

Nombre de Empleado: _____

Numero de Seguro Social: _____

Domicilio: _____

Información de empleador: _____

Fecha(s) de Empleo: _____

Autorización del Solicitante de la Información:
Por este medio, autorizo la divulgación de la información solicitada.

 Firma de Empleado

 Fecha

Pedido sometido por: _____

Titulo: _____

Numero de Teléfono: _____ Fecha: _____

Comentarios de Empleador

Fechas de Empleo: (DE) _____ (HASTA) _____

Puesto: _____

Sueldo: \$ _____ por ; mes _____ semana _____ hora _____
 (Si se paga por hora, por favor explique el numero de horas por semana(_____))

Otros Comentarios: _____

Firma: _____ Titulo: _____ Fecha: _____

*** La información proporcionada se le ha dado en absoluta confidencia, en respuesta a su pedido.***

Por favor devuelva esta forma a:

Pima County Community Development and
 Neighborhood Conservation Department
 Home Repair Program
 2797 E. Ajo Way - 3rd. Floor
 Tucson, Arizona 85713

PIMA COUNTY
COMMUNITY DEVELOPMENT AND
NEIGHBORHOOD CONSERVATION DEPARTMENT
HOME REPAIR PROGRAM
2797 E. Ajo Way - 3rd. Floor
Tucson, Arizona 85713
(520) 724-2696

OTRAS FUENTES DE INGRESOS

Nombre de Fuente de Ingresos Adicionales

Numero de Teléfono

Dirección

Que Tipo de Ingreso es este?

Ciudad, Estado, Y Zona Postal

Su Numero de Cuenta o otra
Identificación con ellos

Estimados Señores:

(Su) Nombre completo: _____ (Su) SS# _____ ha puesto una solicitud para un préstamo para el Programa de Reparación de Domicilio del Condado Pima. El solicitante ha autorizado al Condado Pima por escrito, obtener verificación del estado de ingresos el/ella recibe de su agencia. La información solicitada se utilizara en el uso confidencial de los programas de reparación de domicilio del Condado Pima. La información que se necesita es la cantidad recibida mensualmente, futuros aumentos o reducciones en esta cantidad, y el plazo de tiempo que el solicitante recibirá esta cantidad. Por favor proporcione esta información en el sobre adjunto.

AUTORIZACION DE SOLICITANTE

Autorizo a su agencia a proporcionar la información nombrada anteriormente al Programa de Reparación de Domicilio del Condado Pima.

Firma

Firma

Fecha

Fecha

Privacy Act Disclosure Notice

Proporcionando su Numero de Seguro Social (SSN) para los Programas de Reparación de Domicilio del Contado Pima es voluntario. Su (SSN) es para verificar su ingreso. Si escoge de no proporcionar su (SSN), sus beneficios todavía proporcionararan pero puedan estar demorados.

**PIMA COUNTY
COMMUNITY DEVELOPMENT AND
NEIGHBORHOOD CONSERVATION DEPARTMENT
HOME REPAIR PROGRAM
2797 E. Ajo Way - 3rd. Floor
Tucson, Arizona 85713
(520) 724-2696**

**LISTA DE SU PROPIEDAD
Y
NUMERO DE RESIDENCIAS EN LA PROPIEDAD**

Por favor dénos la siguiente información:

1. Otro alojamiento (sea una casa móvil, otra casa, y/o una casa abandonada, etc.) la cual esta situada en la propiedad donde usted vive hoy, por quien esta ocupada y la cantidad de ingresos que le Proporciona.

2. Una lista completa de toda la propiedad donde usted es el dueño (incluyendo su presente residencia)

DIRECCION _____

DIRECCION _____

CIUDAD _____

CIUDAD _____

ESTADO _____ ZONA POSTAL _____

ESTADO _____ ZONA POSTAL _____

DIRECCION _____

DIRECCION _____

CIUDAD _____

CIUDAD _____

ESTADO _____ ZONA POSTAL _____

ESTADO _____ ZONA POSTAL _____

Firma

Fecha

Firma

Fecha

IMPUESTOS FEDERALES

Por Favor marque uno y firme abajo:

Yo/Nosotros no tenemos que archivar impuestos federales porque

Yo/Nosotros si archivamos impuestos federales el año pasado. La copia esta adjunto.

Firma

Fecha

Firma

Fecha

Forma De Mantener Libre De Perjuicio Tocante El Moho

El moho puede ser una problema en cualquier casa, pero especialmente en ésas donde hay una cantidad excesiva de humedad. Además, casas enfriadas con “coolers” evaporatorios, esas ocupadas por varias personas, o que tienen presente animales domésticos, plantas, o acuarios de pez, proveerán condiciones excelentes para que crezca el moho. El **Programa de Reparación de Casas del Condado de Pima** no es diseñado para proporcionar mitigación directa de problemas existentes de moho.

Firmando esta forma yo reconozco que he recibido el folleto de EPA titulado **“Una Breve Guía Para El Moho, La Humedad Su Hogar”** y como participante en el **Programa de Reparación de Casas del Condado de Pima** estoy de acuerdo de mantener libre de perjuicio El Condado de Pima y esos contratados para hacer reparaciones en mi casa por cualquier problema de moho que existe hoy o en el futuro.

Propietario de Casa

Fecha

Propietario de Casa

Fecha

FOLLETO DE INFORMACIÓN AL RIESGO DE PLOMO

- He recibido una copia del folleto Remodela Correctamente: Información sobre los riesgos causados por el plomo para familias, proveedores de cuidado infantil y escuelas informándome del peligro de la exposición al riesgo del plomo que podría ser causado por la actividad de remodelación que se llevará a cabo en mi unidad de vivienda. Recibí este folleto antes de que trabajo empiece.
- (A) Confirmando que soy propietario y vivo en esta propiedad, que ningún niño menor de 6 años reside aquí, que ninguna mujer embarazada reside aquí, y que esta propiedad no es una instalación ocupada por niños.

Nota: Un niño reside en la residencia primaria de sus padres de custodia, tutores legales, padres sustitutos o cuidador primario si el niño vive y duerme la mayoría del tiempo en la residencia del cuidador primario.

Nota: Una instalación ocupada por niños es un edificio construido antes de 1978, el cual es visitado regularmente por el mismo niño, menor de seis años de edad, en al menos dos diferentes días dentro de cualquier semana, por lo menos tres horas cada día, con tal de que las visitas suman un total de al menos 60 horas anuales.

Si la Casilla A es marcada, marque ya sea la Casilla B or la Casilla C, pero no ambas.

- (B) Solicito que la firma de renovación use prácticas laborales seguras de trabajo con la Pintura a base de plomo requeridas por la Regla de Renovación y Pintura de la EPA; o
- (C) Entiendo que no se requerirá que la firma desempeñando la renovación use las Prácticas laborales seguras para trabajar con la pintura a base de plomo requeridas por la Regla de Remodelación, Reparación y Pintura de la EPA.

Propietario de Casa

Firma del propietario

Fecha de la firma

PIMA COUNTY
COMMUNITY DEVELOPMENT AND
NEIGHBORHOOD CONSERVATION DEPARTMENT
HOME REPAIR PROGRAM
2797 E. Ajo Way - 3rd. Floor
Tucson, Arizona 85713
(520) 724-2696

DECLARACION DE MEDICO/ESTADO INCAPACITADO

Lleve esta forma a su medico y pídale que la llene y se la devuelva a usted. Luego incluya esta pagina con su solicitud completa y entregue al Condado Pima.

NOMBRE: _____ FECHA: _____

DIRECCION: _____

INCAPACIDAD: _____

Por este medio, autorizo la divulgación de información relacionada con mi estado físico o mental a la división de Community Development and Neighborhood Conservation Department.

FIRMA: _____

Estimado Señor/Señora:

El Community Development and Neighborhood Conservation Department desea verificar cierta información proporcionada a nuestro Programa de Reparación de Domicilio por el solicitante. Agradecemos su cooperación y inmediata atención en proporcionarnos la siguiente información:

1. Es la condición del paciente:

- Correcto como indicado. Incorrecto como indicado-si acaso, por favor de su diagnostico.

2. Plazo de tiempo que usted piensa continuara la condición del paciente:

- menos de un (1) año. un (1) año o mas, y no se puede emplear.

3. Antes de recibir esta forma, cuando fue la ultima vez que usted vio a este paciente?

4. Se considera esta persona incapacitada? _____

5. Comentarios: _____

Yo declare que la información que he proporcionado es verdadera y completa según mis conocimientos profesionales.

Firma de Medico

Numero de teléfono

Nombre de Medico y Titulo

Fecha

USTED TIENE QUE LLENAR ESTA FORMA PARA TODOS LOS PROGRAMAS

**FORMA SOLICITANDO LA HISTORIA DEL USO DE UTILIDADES
PROGRAMAS DE REPARACION DE DOMICILIO DEL CONDADO PIMA**

NOMBRE: _____

NOMBRE DE ESPOSO(A): _____

DOMICILIO _____ Ciudad _____ Estado _____ Zona Postal _____

Numero de Teléfono de Casa: _____ Numero de Teléfono de Trabajo: _____

MARQUE TODO LO QUE APLIQUE Y LLENE LA INFORMACION SOLICITADA

NO TENGO SERVICIO DE GAS NATURAL EN MI HOGAR.

TENGO SERVICIO DE PROPANO EN MI HOGAR.

NO TENGO SERVICIO DE ELECTRICIDAD EN MI HOGAR.

TENGO SOLO SERVICIO ELECTRICO EN MI HOGAR.

TENGO LOS SIGUIENTES SERVICIOS ELECTRICOS EN MI HOGAR:

COMPANIA DE UTILIDAD	NUMERO DE CUENTA
<input type="checkbox"/> TUCSON ELECTRIC POWER CO. P.O. BOX 27327 TUCSON, AZ 85726	# _____
<input type="checkbox"/> TRICO ELECTRIC COOPERATIVE, INC 8600 W. TANGERINE MARANA, AZ 85653	# _____

TENGO LOS SIGUIENTES SERVICIOS DE GAS NATURAL EN MI HOGAR:

SOUTHWEST GAS CO. # _____
P.O. BOX 26500
TUCSON, AZ 85726

OTRO: _____

Yo, el abajo firmante, autorizo a las compañías de utilidades indicadas a divulgar información correspondiente a mi uso de energía y cuentas de utilidades para poder determinar los ahorros de las composturas a prueba de la Intemperie de mi domicilio o cualquiera otra razón pertinente a servicios recibidos por medio del Pima County Community Development and Neighborhood Conservation Department. Además, autorizo la futura divulgación de información para que el Condado Pima pueda comparar el uso antes y después.

FIRMA DE SOLICITANTE

FECHA

CONTRATO ENTRE PROPIETARIO Y EL CONDADO PIMA

“PROGRAMA DE REPARACION DE DOMICILIO”

Incluyendo: Reparación de Sistema Mayores, Reparación de Techo de Casas y Móviles, Calefacción y Acondicionamiento de Aire, Composturas de Prueba de la Intemperie, y Programas de Sistema Séptico.

El PROPIETARIO será responsable por todos hechos de aquí en adelante, y esta de acuerdo de llevar a cabo dichos hechos en la manera estipulada aquí:

- A. EL PROPIETARIO esta en concordancia que el PROGRAMA tendrá la autoridad decisiva de aprobar todas especificaciones, dibujos y requisitos de puja preparados para licitar pujas**
- B. EL PROPIETARIO esta en concordancia que el PROGRAMA tendrá la autoridad decisiva sobre la selección y adjudicación del contratista.**
- C. EL PROPIETARIO esta en concordancia que el PROGRAMA representara al PROPIETARIO en el control, supervisión, y dirección del trabajo completado bajo este contrato. Una copia de toda comunicación entre el PROPIETARIO y el contratista debe enviarse al PROGRAMA.**
- D. Por ninguna razón hará cambios el PROPIETARIO a las especificaciones o dibujos sin primero obtener permiso, por escrito, del PROGRAMA.**
- E. EL PROGRAMA tendrá el derecho de entrar a su domicilio, durante horas razonables, para observar el progreso, inspeccionar el trabajo y hacer cambios si acaso el trabajo no cumple con los dibujos o especificaciones determinados en el contrato**
- F. EL PROPIETARIO esta en concordancia que cuando el trabajo se haya completado, el PROGRAMA tendrá la autoridad en hacer la inspección final y la autoridad de aprobar el trabajo.**
- G. EL PROPIETARIO será responsable por tener la propiedad limpia antes del comienzo de trabajo y de mantenerla limpia.**
- H. EL PROPIETARIO será responsable de entender que el paisaje será alterado por el equipo usado y este PROGRAMA no será responsable por arreglar el paisaje donde la construcción a perturbado de plantas o el suelo.**
- I. Yo declare que la información que he proporcionado en esta solicitud es verdadera.**
- J. Por este medio, autorizo los agentes del Programa de Reparación de Domicilio Del Condado Pima a recibir y obtener toda la información necesaria para procesar y completar la solicitud. Yo entiendo que toda información solicitada se utilizara en el uso confidencial y no será usada para otros propósitos.**
- K. Yo he leído una descripción del programa y entiendo y concuerdo en conformarse con las reglas y las pautas explicadas ya mencionadas anteriormente.**
- L. EL PROPIETARIO entiende que el PROGRAMA es por una sola vez de reparación y el propietario no podra volver a aplicar por un período de diez años comensando en la fecha que la reparación se completo.**
- M. EL PROPIETARIO entiende que las nuevas aplicaciones tienen precedencia sobre las aplicaciones que estan volviendo a aplicar al programa después de el período de diez años.**
- N. EL PROPIETARIO reconoce que el PROGRAMA va a escoger el contratista. Si el propietario se niega el servicio, la aplicacion será re-evaluada después que trabajo pendiente en otras aplicaciones se ha completado.**

Domicilio

Ciudad

Estado

Zona Postal

Fecha este _____ día de _____, 200 _____

Propietario

Propietario

AFIDÁVIT QUE EL/LOS DOCUMENTO(S) ES/SON AUTÉNTICO(S)

Yo, _____, bajo pena de perjurio, juro o
Nombre impreso por escrito
confirmando que el/los documento(s) que se me han presentado como comprobación de ciudadanía de los EE.UU.,
ciudadano de los EE.UU. o estatus migratorio son verdaderos.

DOCUMENTO(S) PRESENTADO(S):

Firma del Solicitante

Fecha

Empleador/Programa con Igualdad de Oportunidades • Bajo los Títulos VI y VII de la Ley de Derechos Civiles del año 1964 (Título VI y VII) y la Ley de Estadounidenses con Incapacidades del año 1990 (Americans with Disabilities ACT: ADA), Sección 504 de la Ley de Rehabilitación de 1973, y la Ley de Discriminación a Edad de 1975, el Departamento prohíbe discriminar en los programas, entradas, servicios, actividades o el empleo basado en raza, color de piel, religión, sexo, origen nacional, edad, e incapacidad. El Departamento tiene que hacer arreglos razonables para permitir a una persona con una incapacidad participar en un programa, servicio o actividad. Esto significa, por ejemplo, que si es necesario el Departamento debe proporcionar intérpretes de lengua en señas para personas sordas, un establecimiento accesible para sillas de ruedas, o materiales con letras grandes. También significa que el Departamento tomará cualquier otra medida razonable que le permita a usted entender y participar en un programa o una actividad, incluso efectuar cambios razonables en la actividad. Si usted cree que su incapacidad le impedirá entender o participar en un programa o actividad, por favor infórmenos lo antes posible qué necesita para acomodar su incapacidad.

NOTA: Vea el lado inverso para información adicional y una lista de documentación aceptable.
Proporcione solamente COPIAS para todos los miembros de la casa.

1-502. Eligibility for state or local benefits; documentation; violation; classification; citizen suits; definition (Eff. 11/24/09)

A. Sin perjuicio de cualquier otra ley estatal y en la medida permitida por ley federal, cualquier agencia de este estado o división política de este estado que administra cualquier beneficio público estatal o local debe requerir que cada persona que aplica para el beneficio público estatal o local debe presentar un documento de los siguientes a la entidad que administra el beneficio estatal o local demostrando su presencia legal en los Estados Unidos:

1. Una licencia de conducir de el estado de Arizona emitida después del año 1996 o una licencia de Arizona de identificación sin operación de vehículo.
2. Un certificado de nacimiento o un certificado de nacimiento delatado emitido en cualquier estado, territorio o posesión en los Estados Unidos.
3. Un certificado de nacimiento en el extranjero.
4. Un pasaporte de los Estados Unidos.
5. Un pasaporte extranjero con una visa de los Estados Unidos.
6. Una forma I-94 con una fotografía.
7. Una ciudadanía y un documento de autorización de empleo de los servicios de emigración o documentación de viaje de refugiado.
8. Un certificado de naturalización de los Estados Unidos.
9. Un certificado de ciudadanía de los Estados Unidos.
10. Un certificado de una tribu de sangre india.
11. Una declaración jurada de nacimiento de tribu u oficina de asuntos indígena.

B. Para los fines de administración del sistema de contención de Arizona del cuidado de salud, documentación de ciudadanía y residencia legal se ajustara con los requisitos del título XIX del acto del seguro social.

C. En la medida permitida por la ley federal, una agencia de este estado o una subdivisión política de este estado puede aceptar a miembros de tribu, las personas mayores y las personas con discapacidad o incapacidad del la mente o cuerpo para proveer documentación tal como se especifica en la sección 6036 de el acto federal de reducción de déficit del 2005 (P.L. 109-171; 120 Stat. 81) y relacionados con la orientación federal en lugar de la documentación requerida en esta sección.

D. Cualquier persona que aplique para beneficios públicos estatal o local debe firmar una declaración jurada afirmando que la documentación presentada de conformidad al inciso A son verdadero bajo pena de perjurio.

E. La falta de informe de violaciones descubiertas de la ley de emigración federal por un empleado de una agencia de este estado o subdivisión política de este estado que administra cualquier beneficio público estatal o local es un delito menor de clase 2. Si el supervisor de ese empleado sabia de la falta de informe y falto en dirigir al empleado hacer el reporte, el supervisor es culpable de un delito menor de clase 2.

F. Esta sección se ejecutara sin distinción de raza, color, religión, sexo, edad, discapacidad u origen nacional.

G. Cualquier persona que es residente de este estado tiene parado en cualquier corte de registro de traer una demanda de contra cualquier agente o agencia de este estado o su subdivisión política para remediar cualquier violación de cualquier prestación de esta sección, incluyendo una acción para mandamus. Las cortes deben dar preferencia a las acciones traídas bajo esta sección sobre cualquier otra acción o procedimiento civil.