



INICIATIVA SOBRE EL PLOMO Y LOS SERVICIOS SANITARIOS

MANTENEMOS LA SEGURIDAD EN SU HOGAR

Si su casa se construyó antes de 1978, es probable que se haya usado pintura a base de plomo. La subvención de la Iniciativa sobre el plomo y los servicios sanitarios de Indiana puede ayudar a proteger a su familia del plomo en su hogar.

Acerca de la Iniciativa sobre el plomo y los servicios sanitarios

- Pruebas de plomo gratuitas y control de peligros por plomo, incluidas reparaciones de salud y seguridad
- El programa está disponible para propietarios de viviendas, ocupantes de viviendas en alquiler y propietarios de viviendas en alquiler.
- Los trabajos de reparación por riesgo de plomo pueden incluir ventanas, puertas, pintura, suciedad y limpieza especial
- No hay **NINGÚN COSTO** para usted, tanto si es propietario como si alquila su casa
- Los propietarios de viviendas en alquiler deben aceptar participar en el programa antes de que pueda comenzar el trabajo en su unidad.

Elegibilidad para la subvención de la Iniciativa sobre el plomo y los servicios sanitarios

La eliminación del plomo incluye el reemplazo o encapsulamiento de componentes que tienen pintura a base de plomo y aborda problemas mínimos de salud y seguridad. Confirme todas las opciones que aplican marcando las casillas.

- Vivienda o unidad de alquiler bifamiliar construida antes de 1978
- Personas menores de 18 años O mujeres embarazadas que viven en su vivienda o la visitan con frecuencia y son elegibles o están inscritos en Medicaid o CHIP
- Los impuestos sobre los bienes inmuebles están al día
- Vivienda ubicada en Indianápolis, East Chicago, Gary, Michigan City, Hammond o Richmond O comprobante de que un niño de seis años o menor que vive con usted tiene un nivel elevado de plomo en la sangre

Información del solicitante

Nombre _____ Seleccione la opción que mejor describa su situación en el hogar: Propietario

Apellido _____ Inquilino

Contrato de compraventa de terrenos

¿Cómo conoció el programa?

Información del inquilino

Nombre _____ Dirección _____ Apartamento _____

Ciudad _____ Estado _____ Condado _____ Código postal _____

Número de teléfono () - _____ Correo electrónico _____

Información del propietario

Nombre _____ Dirección _____ Apartamento _____

Ciudad _____ Estado _____ Condado _____ Código postal _____

Número de teléfono () - _____ Correo electrónico _____

Información sobre la propiedad

Fecha de construcción (debe ser anterior a 1978 para calificar)

Si la vivienda es multifamiliar, ¿cuántas unidades hay en el edificio?

¿Se realizó una inspección de plomo o evaluación de riesgos previamente? Sí No No sé

¿La propiedad o alguno de sus ocupantes participa en un programa de Viviendas y Desarrollo Urbano (Housing and Urban Development, HUD)? Sí No

¿Están al día los impuestos sobre los bienes inmuebles? Sí No No sé

Detalles del ocupante

Todos los ocupantes deben figurar en la información solicitada. Esto incluye a todos los adultos o niños que viven en el hogar o lo visitan con frecuencia.

Los hogares con niños menores de seis años que presenten un nivel elevado de sangre confirmado recibirán la máxima prioridad.

RESIDENTE	Nombre	Fecha de nacimiento	Edad	Relación con el residente principal
1	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	¿Está cursando embarazo? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
	Niño con un nivel elevado de plomo en sangre de 3.5 microgramos/decilitro <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			

RESIDENTE	Nombre	Fecha de nacimiento	Edad	Relación con el residente principal
2	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	¿Está cursando embarazo? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
	Niño con un análisis de plomo en sangre elevado de 3.5 microgramos/decilitro <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			

Detalle del ocupante (continuación)

RESIDENTE 3	Nombre <input type="text"/>	Fecha de nacimiento <input type="text"/>	Edad <input type="text"/>	Relación con el residente principal <input type="text"/>
	¿Está cursando embarazo? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
	Niño con un análisis de plomo en sangre elevado de 3.5 microgramos/decilitro <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
RESIDENTE 4	Nombre <input type="text"/>	Fecha de nacimiento <input type="text"/>	Edad <input type="text"/>	Relación con el residente principal <input type="text"/>
	¿Está cursando embarazo? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
	Niño con un análisis de plomo en sangre elevado de 3.5 microgramos/decilitro <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
RESIDENTE 5	Nombre <input type="text"/>	Fecha de nacimiento <input type="text"/>	Edad <input type="text"/>	Relación con el residente principal <input type="text"/>
	¿Está cursando embarazo? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
	Niño con un análisis de plomo en sangre elevado de 3.5 microgramos/decilitro <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
RESIDENTE 6	Nombre <input type="text"/>	Fecha de nacimiento <input type="text"/>	Edad <input type="text"/>	Relación con el residente principal <input type="text"/>
	¿Está cursando embarazo? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
	Niño con un análisis de plomo en sangre elevado de 3.5 microgramos/decilitro <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
RESIDENTE 7	Nombre <input type="text"/>	Fecha de nacimiento <input type="text"/>	Edad <input type="text"/>	Relación con el residente principal <input type="text"/>
	¿Está cursando embarazo? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
	Niño con un análisis de plomo en sangre elevado de 3.5 microgramos/decilitro <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			

Al firmar a continuación, el solicitante autoriza a Hoosier Environmental Council a solicitar pruebas de plomo e información sobre el estado de Medicaid al Departamento de Salud de Indiana (Indiana Department of Health). Además, autoriza a Hoosier Environmental Council a compartir esta información, así como la información recopilada en esta solicitud, con representantes autorizados del programa con el fin de calificar para este programa. Al firmar a continuación, el solicitante y el propietario de la vivienda autorizan a Hoosier Environmental Council o un administrador de programa autorizado a comunicarse con nosotros para solicitar información financiera adicional u otra información pertinente según sea necesario para la calificación del programa. La información facilitada será confidencial únicamente a efectos de satisfacción del Estado. El solicitante y el propietario de la vivienda entienden que completar esta solicitud no garantiza la asistencia, sino que solo inicia el proceso de solicitud para este programa. También verificamos que las respuestas proporcionadas anteriormente sean precisas según nuestro leal saber y entender, ya que proporcionar información falsa intencionalmente puede descalificarnos de seguir participando en este programa.

Firma del solicitante

Fecha

Firma del propietario de la vivienda en alquiler
(si el propietario no es el solicitante)

Fecha

Si tiene alguna pregunta o necesita ayuda con esta solicitud, envíe un correo electrónico a Anna Rode, directora del Programa de Salud Medioambiental a arode@hecweb.org o llame al 317-930-1023.

Si presenta esta solicitud por correo, envíela a:
Hoosier Environmental Council
3951 N. Meridian Suite 100
Indianapolis, IN 46208