

# SOLICITUD PARA EL PROGRAMA

## Reparaciones del hogar



Oficina de Vivienda y Desarrollo Comunitario (NHCD)  
Corporación de Financiación de Viviendas de Austin (AHFC)  
DIRECCIÓN DE CORREO POSTAL: P. O. Box 1088 ● Austin, Texas 78767  
DIRECCIÓN DE ENVÍOS: 1000 E. 11<sup>th</sup> Street, Suite 200  
Teléfono: (512) 974-3100 ● Fax: (512) 974-3161  
Correo electrónico: [nhcdcs@austintexas.gov](mailto:nhcdcs@austintexas.gov)  
Sitio web: [www.austintexas.gov/empower](http://www.austintexas.gov/empower)



Gracias por su interés en los Programas de Reparaciones del hogar de AHFC/NHCD de la Ciudad de Austin. Sírvase completar todos los formularios adjuntos y reunir toda la documentación correspondiente indicada en la lista de verificación adjunta. Los datos de la inscripción son confidenciales. Se los utiliza para establecer la elegibilidad para los programas locales y federales, y únicamente se los divulga a individuos que no pertenecen al programa o a las agencias de financiamiento con su autorización por escrito.

### Sección 1 – Datos del solicitante

Nombre: _____		
<i>Apellido</i>	<i>Primer nombre</i>	<i>Inicial del segundo nombre</i>
Dirección de la propiedad: _____		
Ciudad: _____	Estado: _____	Código postal: _____
¿Es usted...?: <input type="checkbox"/> Dueño <input type="checkbox"/> Arrendatario Año en que se construyó la casa: _____		
Dirección de correo postal (si fuese otra): _____		
Ciudad: _____	Estado: _____	Código postal: _____
Teléfono laboral: _____ Teléfono de la casa: _____ Teléfono móvil: _____		
Dirección de correo electrónico: _____ Sexo: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino		
Estado civil: <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Viudo <input type="checkbox"/> Divorciado		
¿Es usted...?: <input type="checkbox"/> Ciudadano estadounidense <input type="checkbox"/> Residente permanente <input type="checkbox"/> Otro: _____		
¿El solicitante es jefe de familia? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
¿Algún miembro del hogar es discapacitado? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
Nombre, número de teléfono y dirección de correo electrónico de contactos alternativos _____		
¿Recibió en otra oportunidad asistencia para reparaciones del hogar de la Ciudad de Austin? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
¿Cómo se enteró de los programas? _____		

## Sección 2 – Datos del co-solicitante

No corresponde

Nombre: \_\_\_\_\_  
*Apellido* *Primer nombre* *Inicial del segundo nombre*

Teléfono laboral: \_\_\_\_\_ Teléfono móvil: \_\_\_\_\_

Dirección de correo electrónico \_\_\_\_\_ Sexo:  Masculino  Femenino

Estado civil:  Soltero  Casado  Viudo  Divorciado

¿Es usted...?:  Ciudadano estadounidense  Residente permanente  Otro: \_\_\_\_\_

Nombre, número de teléfono y dirección de correo electrónico de contactos alternativos \_\_\_\_\_

¿Recibe Medicaid?  Sí  No

Sírvase dar más detalles sobre las necesidades indicadas: \_\_\_\_\_

## Sección 3 – Servicios solicitados

Marque todo los servicios solicitados.

- |   |   |   |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Cimientos                        | <input type="checkbox"/> Remoción de pintura con plomo                  | <input type="checkbox"/> Rampas para sillas de ruedas y pasamanos                     |
| <input type="checkbox"/> Techo                            | <input type="checkbox"/> Problema de alcantarillado                     | <input type="checkbox"/> Movilidad para baños - duchas, llaves, inodoros, agarraderas |
| <input type="checkbox"/> Plomería                         | <input type="checkbox"/> Ventanas                                       |   |
| <input type="checkbox"/> Electricidad                     | <input type="checkbox"/> Ampliación de puertas y equipamiento accesible |   |
| <input type="checkbox"/> Calefacción y aire acondicionado |   |   |

Por favor explique abajo con más detalle estas necesidades:

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

## Sección 4 – Miembros del hogar

Detalle todas las personas (niños y adultos) que viven en el hogar, junto con sus ingresos brutos. Al firmar en la Sección 8, certifica que es/son el/los propietario(s) y/u ocupante(s) de la propiedad (identificada en la Sección 1) y que los ingresos brutos mensuales y anuales actuales de todas las personas que viven en el hogar se han indicado más abajo. *(Adjunte una o más páginas adicionales si fuese necesario).*

Cantidad total de personas que viven en el hogar: \_\_\_\_\_

Nombre	Relación	Fecha de nacimiento	Edad	Ingresos brutos / Período de pago
(Solicitante)	Él mismo			
(Co-solicitante)				

## Sección 5 – Datos de la hipoteca: Complete esta sección ÚNICAMENTE para HRLP (Programa de Préstamos para Reparaciones del Hogar) y Holly

**Si es propietario:**

¿La propiedad está hipotecada?  Sí  No      ¿La propiedad está asegurada?  Sí  No

Compañía hipotecaria \_\_\_\_\_

¿La propiedad tiene una segunda hipoteca?  Sí  No

Compañía hipotecaria \_\_\_\_\_

## Sección 6 – Propietario o administrador de la propiedad

**Si es arrendatario:**

Monto de renta mensual que paga \$ \_\_\_\_\_ Nombre del propietario o administrador: \_\_\_\_\_

Número de teléfono del propietario o administrador: \_\_\_\_\_ Número de fax: \_\_\_\_\_

Dirección de contacto del propietario: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

## Sección 7 – Datos demográficos

### Categorías étnicas (seleccione una)

- Hispano o latino       No hispano o latino

### Categorías raciales (seleccione todas las que)

- Indoamericano o nativo de Alaska       Asiático       Negro o afroamericano  
 Nativo de Hawái u otro isleño del Pacífico       Blanco       Otro

## Sección 8 – Firmas del/los solicitante(s)

Al firmar esta solicitud, jura bajo pena de falso testimonio que los datos proporcionados son verdaderos y correctos a su leal saber y entender. Es consciente de que cualquier omisión o discrepancia detectadas en cualquier momento pueden hacer que deje de ser elegible para el/los programa(s) y también pueden requerir que usted reembolse de inmediato los fondos gastados. Usted autoriza a la Oficina de Vivienda y Desarrollo Comunitario (NHCD) o la Corporación de Financiación de Viviendas de Austin (AHFC) a ponerse en contacto con cualquier fuente para solicitar y/o verificar lo que sea necesario para determinar la elegibilidad.

Usted autoriza a la Oficina de Vivienda y Desarrollo Comunitario (NHCD) o la Corporación de Financiación de Viviendas de Austin (AHFC) a divulgar y/o remitirlos a usted y sus datos a otras organizaciones o departamentos de la ciudad para obtener asistencia adicional y/o para evitar la duplicación de servicios.

_____	_____
Firma del solicitante/tutor	Fecha
_____	_____
Firma del co-solicitante	Fecha

La Ciudad de Austin se ha comprometido a cumplir con la Ley de Estadounidenses con Discapacidades (ADA) y la Sección 504 de la Ley de Rehabilitación de 1973, con sus correspondientes enmiendas. Previa solicitud, se proporcionarán modificaciones razonables y acceso igualitario a las comunicaciones. Sírvase comunicarse al (512) 974-3100 (voz) o al 711 través de Relay Texas para solicitar asistencia. La Ciudad de Austin no discrimina por motivos de discapacidad al momento de brindar admisión, acceso, tratamiento o empleo en sus programas y actividades. Para presentar una queja en relación con sus derechos de la Ley de Estadounidenses con Discapacidades (ADA)/Sección 504, póngase en contacto con Dolores González, Coordinadora de ADA/504 de la Ciudad de Austin, al (512) 974-3256 o al 711 a través de Relay Texas.

El programa está financiado por el Departamento de Vivienda y Desarrollo Urbano de los EE.UU. (HUD) y la Ciudad de Austin.

### ***Programas sugeridos (para ser completado solamente por la oficina):***

- Programa de Eliminación de Barreras Arquitectónicas (ABR)       Programa de Préstamos para Refacciones para Propietarios (HRLP)  
 Programa LeadSmart (Lead)       Programa de Tubería Lateral Privada (PLP)



# EXENCIÓN DE RESPONSABILIDAD - REPARACIONES DEL HOGAR



Oficina de Vivienda y Desarrollo Comunitario (NHCD)  
Corporación de Financiación de Viviendas de Austin (AHFC)  
DIRECCIÓN DE CORREO POSTAL: P. O. Box 1088 ● Austin, Texas 78767  
DIRECCIÓN DE ENVÍOS: 1000 E. 11<sup>th</sup> Street, Suite 200  
Teléfono: (512) 974-3100 ● Fax: (512) 974-3161  
Correo electrónico: [nhcdcs@austintexas.gov](mailto:nhcdcs@austintexas.gov)  
Sitio web: [www.austintexas.gov/empower](http://www.austintexas.gov/empower)



## Estado de Texas, Condado de Travis

Yo, \_\_\_\_\_, que resido en \_\_\_\_\_,  
en virtud del servicio y/o equipo proporcionado en mi casa por la Ciudad de Austin/Corporación de Financiación de Viviendas de Austin en el marco del Programa de Eliminación de Barreras Arquitectónicas, el Programa de Remoción de Pintura con Plomo, el Programa de la Tubería Lateral Privada, el Programa de Préstamos para Refacciones para Propietarios y/o el Programa del Buen Vecino de Holly; a sabiendas y voluntariamente ejecuto esta exención de responsabilidad con el propósito y la intención de liberar y eximir de toda responsabilidad a la Corporación de Financiación de Viviendas de Austin y la Ciudad de Austin por cualquier reclamo que surgiese en relación con el servicio o equipo proporcionados.

Es mi intención y entiendo que estoy haciendo responsables a mí mismo y a mis herederos, albaceas, administradores, cesionarios y causahabientes y, consciente de esto, eximo por este medio expresamente a la Corporación de Financiación de Viviendas de Austin, sus causahabientes, administradores, cesionarios y agentes de toda responsabilidad por cualquier reclamo contra la Corporación de Financiación de Viviendas de Austin, así como también la Ciudad de Austin, una ciudad autónoma de Texas, creada por o que surgiese de, o relacionado de cualquier manera con el servicio o el equipo proporcionados en mi residencia en esta fecha. Entiendo que, por la presente, renuncio a cualquier reclamo que pudiese surgir en el futuro por lesiones personales, daños a la residencia o daños a mi propiedad de cualquier tipo.

He leído esta exención de responsabilidad y comprendo sus términos. La firmo voluntariamente y con pleno conocimiento y plena comprensión de su significado y en consideración del servicio o equipo proporcionados.

\_\_\_\_\_  
Firma del solicitante

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma del co-solicitante

\_\_\_\_\_  
Fecha



**Hacemos negocios de acuerdo con las leyes federales de préstamos justos**

**EN VIRTUD DE LA LEY FEDERAL DE VIVIENDA JUSTA, ES ILEGAL, POR MOTIVOS DE RAZA, COLOR, NACIONALIDAD, RELIGIÓN, SEXO, DISCAPACIDAD O ESTADO FAMILIAR (CON HIJOS MENORES DE 18):**

- Negar un préstamo con el fin de adquirir, construir, mejorar, reparar o mantener una vivienda, o negar cualquier préstamo asegurado por una vivienda; o
- Discriminar al momento de fijar el monto, la tasa de interés, la duración, los procedimientos de solicitud u otros términos o condiciones del préstamo, o al tasar la propiedad.

**SI CREE QUE LO HAN DISCRIMINADO, PRESENTE UNA QUEJA ANTE:**

*Subsecretario de Vivienda Justa e Igualdad de Oportunidades  
Departamento de Vivienda y Desarrollo Urbano*

**Assistant Secretary for Fair Housing and Equal Opportunity  
Department of Housing & Urban Development  
Washington, DC 20410**

Para que la misma sea sometida a un proceso de conformidad con la Ley Federal de Vivienda Justa

y ante:

*División de Cumplimiento y Asuntos de Consumidores  
Corporación Federal de Seguros de Depósito*

**Division of Compliance and Consumer Affairs Federal Deposit Insurance Corporation  
Washington, DC 20429-9990**

Para que la misma sea sometida a un proceso de conformidad con las normas de la Sociedad Federal de Seguros de Depósito (FDIC)

**EN VIRTUD DE LA LEY DE ACCESO IGUALITARIO AL CRÉDITO, ES ILEGAL DISCRIMINAR EN CUALQUIER TIPO DE TRANSACCIÓN CREDITICIA:**

- Por motivos de raza, color, nacionalidad, religión, sexo, estado civil o edad,
- Porque los ingresos provienen de la asistencia pública, o
- Porque se ejerció un derecho conforme a la Ley de protección del crédito al consumidor.

**SI CREE QUE LO HAN DISCRIMINADO, PRESENTE UNA QUEJA ANTE:**

*División de Cumplimiento y Asuntos de Consumidores  
Corporación Federal de Seguros de Depósito*

**Division of Compliance and Consumer Affairs  
Federal Deposit Insurance Corporation  
Washington, DC 20429-9990**

\_\_\_\_\_  
Firma del solicitante

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma del co-solicitante

\_\_\_\_\_  
Fecha



## VERIFICACIÓN DE INGRESOS Y ACTIVOS

### Para todos los miembros del hogar mayores de 18 años



Los miembros del hogar mayores de 18 años deben reportar todos los ingresos y activos. Al firmar más abajo, el/los solicitante(s) certifica(n) la precisión de la información suministrada al momento de completar este documento. El/los solicitante(s) acepta(n) que cualquier imprecisión y/o tergiversación en este documento puede constituir fraude, que está penado por la ley.

*ADVERTENCIA: La Sección 1001 del Título 18 del Código de los Estados Unidos establece que una persona es culpable de un delito grave si consciente y voluntariamente hace declaraciones falsas o fraudulentas a cualquier departamento del Gobierno de los Estados Unidos.*

#### MIEMBRO DEL HOGAR 1

##### Fuentes de ingresos

- Ingresos del empleo
- Trabajo por cuenta propia
- Seguro Social
- Discapacidad
- Beneficios por fallecimiento
- Manutención de menores o manutención del cónyuge/pensión alimentaria
- Desempleo, compensación laboral o indemnización por despido
- Pagos de renta vitalicia, jubilación o pensión
- Ingresos por renta (inmuebles o bienes personales)
- Pagos recurrentes de fuera del hogar
- Pagos del seguro
- Pagos periódicos de herencia o fideicomiso
- Intereses o dividendos de activos
- Regalías
- Otro: \_\_\_\_\_
- Actualmente no cuento con fuentes de ingreso**

##### Activos

- Cuenta de corriente
- Cuenta de ahorros
- Certificados de depósito (CD)
- Cuenta del mercado monetario
- Fondos mutuos o bonos
- Ganancias de lotería
- Plusvalías
- Jubilación (por ej., IRA, 401K, 403B, Keogh)
- Pensiones
- Rentas vitalicias
- Seguro de vida (con valor de pago en caso de cancelación)
- Pagos del seguro de restitución para víctimas
- Inmuebles (que no sean la Residencia principal)
- Herencias
- Otro: \_\_\_\_\_
- Actualmente no cuento con activos**

\_\_\_\_\_  
Nombre

\_\_\_\_\_  
Firma

\_\_\_\_\_  
Fecha

#### MIEMBRO DEL HOGAR 2

##### Fuentes de ingresos

- Ingresos del empleo
- Trabajo por cuenta propia
- Seguro Social
- Discapacidad
- Beneficios por fallecimiento
- Manutención de menores o manutención del cónyuge/pensión alimentaria
- Desempleo, compensación laboral o indemnización por despido
- Pagos de renta vitalicia, jubilación o pensión
- Ingresos por renta (inmuebles o bienes personales)
- Pagos recurrentes de fuera del hogar
- Pagos del seguro
- Pagos periódicos de herencia o fideicomiso
- Intereses o dividendos de activos
- Regalías
- Otro: \_\_\_\_\_
- Actualmente no cuento con fuentes de ingreso**

##### Activos

- Cuenta de corriente
- Cuenta de ahorros
- Certificados de depósito (CD)
- Cuenta del mercado monetario
- Fondos mutuos o bonos
- Ganancias de lotería
- Plusvalías
- Jubilación (por ej., IRA, 401K, 403B, Keogh)
- Pensiones
- Rentas vitalicias
- Seguro de vida (con valor de pago en caso de cancelación)
- Pagos del seguro de restitución para víctimas
- Inmuebles (que no sean la Residencia principal)
- Herencias
- Otro: \_\_\_\_\_
- Actualmente no cuento con activos**

\_\_\_\_\_  
Nombre

\_\_\_\_\_  
Firma

\_\_\_\_\_  
Fecha



# LISTA DE VERIFICACIÓN DE LA SOLICITUD- Reparaciones del hogar



Sírvase completar todos los formularios adjuntos y reunir todos los documentos correspondientes que se indican a continuación. No dude en ponerse en contacto con nosotros si le surge alguna pregunta durante el proceso. Una vez que haya completado estos pasos, puede presentar su solicitud personalmente, por correo electrónico, por fax o por correo postal. ¡Estamos deseosos de trabajar con usted!

<input type="checkbox"/>	<b>Solicitud</b> (original) completa y firmada	<input type="checkbox"/> N/C
<input type="checkbox"/>	<b>Tarjeta(s) de la Seguro Social</b> del/los solicitante(s)	<input type="checkbox"/> N/C
<input type="checkbox"/>	<b>Tarjeta(s) de residencia permanente (parte delantera y trasera)</b> (si corresponde)	<input type="checkbox"/> N/C
<input type="checkbox"/>	<b>Identificación con fotografía</b> del/los solicitante(s) <small>Licencia de conducir de Texas, Documento de identidad de Texas o Pasaporte</small>	<input type="checkbox"/> N/C
<input type="checkbox"/>	<b>Recibos de sueldo de los últimos 2 meses</b> recibidos por todos los miembros del hogar mayores de 18 años	<input type="checkbox"/> N/C
<input type="checkbox"/>	<b>Declaración de ingresos y pérdidas (trimestral) y declaración de impuestos</b> <small>(si trabaja por cuenta propia) más recientes</small>	<input type="checkbox"/> N/C
<input type="checkbox"/>	<b>Verificación de otros ingresos (Marque todas las opciones que correspondan)</b>	<input type="checkbox"/> N/C
	<input type="checkbox"/> Carta de aprobación de la Seguro Social <input type="checkbox"/> Carta de aprobación de discapacidad <input type="checkbox"/> Beneficios por fallecimiento <input type="checkbox"/> Desempleo <input type="checkbox"/> Regalías <input type="checkbox"/> Pagos del seguro	<input type="checkbox"/> Manutención de menores o manutención del cónyuge/pensión alimentaria <input type="checkbox"/> Compensación laboral o indemnización por despido <input type="checkbox"/> Pagos de renta vitalicia, jubilación o pensión <input type="checkbox"/> Ingresos de fideicomiso <input type="checkbox"/> Otro: _____
<input type="checkbox"/>	<b>Resúmenes bancarios más recientes</b> de todas las cuentas de todos los miembros del hogar mayores de 18 años	<input type="checkbox"/> N/C
<input type="checkbox"/>	<b>Verificación de activos</b> (Marque todas las opciones que correspondan para todos los miembros del hogar mayores de 18 años)	<input type="checkbox"/> N/C
	<input type="checkbox"/> Certificados de depósito (CD) <input type="checkbox"/> Cuenta del mercado monetario <input type="checkbox"/> Fondos mutuos o bonos <input type="checkbox"/> Ganancias de lotería <input type="checkbox"/> Plusvalías <input type="checkbox"/> Herencias	<input type="checkbox"/> Jubilación (por ej., IRA, 401K, 403B, Keogh) <input type="checkbox"/> Pensión <input type="checkbox"/> Renta vitalicia <input type="checkbox"/> Seguro de vida (con valor de pago en caso de cancelación) <input type="checkbox"/> Pagos del seguro de restitución para víctimas <input type="checkbox"/> Inmuebles (que no sean la residencia principal) <input type="checkbox"/> Otro: _____
<input type="checkbox"/>	<b>Factura de un servicio público</b>	<input type="checkbox"/> N/C
<input type="checkbox"/>	<b>Carta del servicio público Austin Water</b> (en caso de haberla recibido)	<input type="checkbox"/> N/C

**Si solicita una reparación relacionada con una discapacidad y no es mayor de 62 años, sírvase proporcionar, además, uno de los siguientes documentos:**

- Fotocopia de la tarjeta de Medicare
- Fotocopia de la carta del Seguro de Discapacidad de la Seguro Social (SSDI)
- Carta firmada de un médico que verifique la discapacidad

**Si solicita servicios de reducción de plomo, sírvase proporcionar, además, todos los documentos siguientes:**

- Declaración(es) de impuestos del año anterior
- Certificado de nacimiento del niño de 5 años o menor que pase más de 6 horas por semana en el hogar

**Si solicita acceso a programas de préstamos para reparaciones del hogar para realizar reparaciones más grandes, sírvase proporcionar, además, todos los documentos siguientes:**

- Último(s) resumen(es) de la cuenta corriente (6 meses) y de la cuenta de ahorros (1 mes) (todas las páginas de todas las cuentas)
- Todas las declaraciones de impuestos de 2 años (los más recientes)
- Página de declaraciones del seguro del hogar
- Último(s) estados de cuenta de la hipoteca