



**H
O
M
E
M
O
D**

Paquete de solicitud

del

Programa **HOMEMOD**
CIUDAD DE CHICAGO
Oficina del Alcalde para
Personas con Discapacidades

LEA LAS INSTRUCCIONES

LEA LAS INSTRUCCIONES ANTES DE COMPLETAR ESTA SOLICITUD. ES MUY IMPORTANTE QUE RESPONDA CORRECTAMENTE **TODAS** LAS PREGUNTAS Y QUE INCLUYA EN LA SOLICITUD TODOS LOS DOCUMENTOS REQUERIDOS. ASEGÚRESE DE HABER COMPLETADO TODOS LOS PUNTOS SIGUIENTES.

- ☐ Todos los puntos de la solicitud se completaron de forma prolija y sin omisiones.
- ☐ Se han adjuntado a la solicitud todos los documentos de respaldo requeridos (comprobante de edad, comprobante de ingresos, comprobante de discapacidad y comprobante de seguro del hogar).
- ☐ Asegúrese de no tener multas de estacionamiento impagas. Si no está seguro, llame al Departamento de Hacienda (Department of Revenue) al 311.
- ☐ Asegúrese de haber pagado todas sus facturas del agua. Si no está seguro, llame al Departamento de Suministro de Agua (Department of Water Services) al 311.
- ☐ Asegúrese de haber pagado los impuestos sobre la propiedad. Si no está seguro, llame al Tesorero del Condado de Cook (Cook County Treasurer) al (312) 443-5100 (voz).
- ☐ Asegúrese de haber firmado y fechado esta solicitud.
- ☐ Asegúrese de tener y conservar copias de su solicitud.
- ☐ Debe tener menos de 60 años, vivir en Chicago y tener una discapacidad para participar en este programa.

**SI NO CUMPLE CON TODOS LOS PUNTOS ANTERIORES,
SE DEMORARÁ EL PROCESO DE SOLITUD, Y USTED
PODRÍA QUEDAR DESCALIFICADO.**

Ciudad de Chicago

Oficina del Alcalde para
Personas con
Discapacidades



HomeMod

SOLICITUD DEL PROGRAMA

PLAZO DE LA SOLICITUD: Ninguno

INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE:

1. Nombre legal completo:

Primer nombre

Inicial del segundo nombre

Apellido

2. Dirección postal actual:

Número y Calle

Apto. N.º

(Esta dirección debe ser la de
la vivienda que se está considerando
para las modificaciones).

Ciudad

Estado

Código postal

Distrito

3. Número de identificación de la propiedad (PIN): _ _ - _ - _ - _ - _ - _ - _

4. Teléfono: (_ _) _ _ - _ _ _ _ _ ☐ Casa ☐ Trabajo ☐ Celular

5. Teléfono alternativo: (_ _) _ _ - _ _ _ _ _ ☐ Casa ☐ Trabajo ☐ Celular

6. Correo electrónico: _ _ _ _ _

7. Fecha de nacimiento: _ / _ / _ 8. Número del Seguro Social: _ _ _ / _ _ / _ _ _

9. Sexo: ☐ Masculino ☐ Femenino 10. Edad: _ _ (se debe proporcionar una prueba de edad).

11. Raza: (marque con una "X" la casilla correcta)

☐ Afroamericano o negro

☐ Indígena americano o nativo de Alaska

☐ Asiático

☐ Blanco

☐ Isleño del Pacífico

☐ Otro, multirracial

12. Etnia: (marque con una "X" la casilla correcta)

☐ Hispánico

☐ No hispánico

13. Lengua materna: (marque con una "X" la casilla correcta)

☐ Inglés

☐ Español

☐ Otra: _ _ _ _ _

14. Discapacitado: ☐ Sí ☐ No

15. Veterano: ☐ Sí ☐ No

16. Educación alcanzada:

☐ No fue a la escuela

☐ Secundario completo

☐ GED

☐ 2 años de universidad

☐ 4 años de universidad

☐ Más de 4 años de universidad

17. Ingreso anual: (por año)

\$ _ _ _ , _ _ _ Ingresos por trabajo

\$ _ _ _ , _ _ _ Jubilación

\$ _ _ _ , _ _ _ Compensación del trabajador

\$ _ _ _ , _ _ _ SSDI

\$ _ _ _ , _ _ _ Seguro por discapacidad privado

\$ _ _ _ , _ _ _ Desempleo

\$ _ _ _ , _ _ _ SSI

\$ _ _ _ , _ _ _ Otra fuente _ _ _ _ _

18. Seguro médico:

- ☐ Sin seguro médico ☐ MEDICAID ☐ Seguro médico privado
☐ Seguro del empleador ☐ MEDICARE ☐ Otro

19. Vive en un edificio subsidiado por el gobierno? ☐ Sí ☐ No

20. Qué tipo de discapacidad tiene?

- ☐ Discapacidad motriz ☐ Discapacidad cognitiva ☐ Discapacidad auditiva ☐ Discapacidad visual

21. Su discapacidad es permanente? ☐ Sí ☐ No

22. Marque todo lo que se relacione con su discapacidad:

- ☐ Uso un andador ☐ Uso una silla de ruedas ☐ Uso muletas ☐ Uso un respirador
☐ Uso oxígeno ☐ Uso otros dispositivos de asistencia

23. Explique cómo se relaciona su discapacidad con las modificaciones que necesita en su casa.

24. Indique el área de su casa que cree que necesita una modificación y la cual sería su primera elección para recibir asistencia.

- ☐ Entrada ☐ Baño ☐ Cocina ☐ Otras áreas

25. Sabe si existen violaciones del Código de Construcción registradas para la propiedad para la que solicita el programa? ☐ Sí ☐ No

26. Indique si actualmente está al día con los siguientes pagos:

- | | | | |
|------------------------------|--------------------------|--------------------------|---------------------------|
| Impuestos sobre la propiedad | ☐ Sí | ☐ No | ☐ N/C |
| Facturas del agua | ☐ Sí | ☐ No | ☐ N/C |
| Hipoteca/alquiler | ☐ Sí | ☐ No | ☐ N/C |
| Multas de estacionamiento | ☐ Sí | ☐ No | ☐ N/C |
| Manutención infantil | ☐ Sí | ☐ No | ☐ N/C |

27. Ha presentado una solicitud de HomeMod antes? ☐ Sí ☐ No

Si lo hizo, obtuvo una modificación? ☐ Sí ☐ No ☐ N/C

28. Tiene empleo? ☐ Sí ☐ No ☐ Aún no tengo la edad legal para trabajar.

29. Es empleado de la Ciudad de Chicago? ☐ Sí ☐ No

30. Si recibe una modificación, piensa volver a trabajar o buscar un trabajo nuevo?

- ☐ Sí ☐ No ☐ Aún no tengo la edad legal para trabajar.

31. Autorización:

Yo (nosotros) por la presente certifico (certificamos) que he (hemos) leído la solicitud y el folleto con instrucciones para la solicitud, y que he (hemos) entendido y estoy (estamos) de acuerdo con los términos y condiciones del Programa HomeMod.

Yo (nosotros) por la presente certifico (certificamos) que la información proporcionada en esta solicitud y toda la información que se brindó como respaldo para el Programa HomeMod es completa y correcta en la medida de mi (nuestro) conocimiento. La verificación puede obtenerse de cualquiera de las fuentes mencionadas.

Yo (nosotros) por la presente autorizo (autorizamos) a la Oficina del Alcalde para Personas con Discapacidades (Mayor's Office for People with Disabilities, MOPD) de la Ciudad de Chicago para que me (nos) tomen fotografías o me (nos) graben en videos/audios para ser utilizados a discreción de la MOPD, ya sea para propósitos educativos o publicitarios.

Yo (nosotros) por la presente acepto (aceptamos) que soy (somos) responsable(s) del mantenimiento o de las tarifas (incluidas las inspecciones anuales) en relación con los servicios o el equipo que se proporcionen.

Esta autorización es válida sin limitaciones de tiempo desde la fecha de la firma, a menos que yo o, si soy menor, mi tutor la anule por escrito.

La falsificación intencional de cualquier tipo podría generar que me expulsen inmediatamente del Programa HomeMod y que vaya a prisión según las leyes estatales y federales. Si cualquier información que he dado cambia en algún momento del proceso de solicitud, notificaré de inmediato al director del Programa HomeMod de la Oficina del Alcalde para Personas con Discapacidades.

Firma: _____

Fecha: __ __ / __ __ / __ __ __ __

Envíe las solicitudes completas con TODOS los documentos de respaldo requeridos a:

**The HomeMod Program
Mayor's Office for People with Disabilities
Central West Community Center
2102 W. Ogden Ave.
Chicago, IL 60612**

Si tiene preguntas sobre esta solicitud, llame al (312) 743-5767.

Anexo “A”

Programa **HOMEMOD**

CIUDAD DE CHICAGO

Oficina del Alcalde para Personas con Discapacidades

Oficina del Alcalde para Personas con Discapacidades



SOLICITUD DEL PROGRAMA

PLAZO DE LA SOLICITUD: Ninguno

1. Nombre legal completo:

Primer nombre

Inicial del segundo nombre

Apellido

2. Dirección postal actual:

Número y Calle

Apto. N.º

Ciudad

Estado

Código postal

Distrito

3. Teléfono: : () -

4. Número de identificación de la propiedad (PIN): _ _ - _ - _ - _ - _ - _ - _ -

1. Nombre legal completo:

2. Teléfono: () -

1. Nombre legal completo:

2. Dirección postal actual:

Número y Calle

Apto. N.º

(Esta dirección debe ser la de la vivienda que se está considerando para las modificaciones).

Ciudad

Estado

Código postal

Distrito

3. Teléfono: () -

4. Teléfono alternativo/del trabajo: (_____) _____ - _____

El inquilino mencionado es el solicitante del **Programa HomeMod** de la Ciudad de Chicago, administrado por la Oficina del Alcalde para Personas con Discapacidades.

Si se aprueba la solicitud del inquilino para hacer modificaciones en la casa, el propietario acepta que estas se hagan para completar la accesibilidad.

Entiendo que estas modificaciones se pagarán con fondos de la Ciudad de Chicago para proyectos aprobados por el Programa HomeMod. Además, me notificarán sobre cualquier trabajo antes de hacerlo y podré revisar los planos de las modificaciones necesarias.

Firma: _____

Fecha: ____/____/____

