

Solicitud de asistencia para la reducción del peligro de plomo: La Lista de verificación para el Inquilino

Fecha: _____ Nombre de Inquilino: _____ Teléfono: _____

Dirección: _____ Vivienda #: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____ Correo electrónico: _____

Todos los documentos en la lista que sigue deben ser devueltos con esta lista de referencia **EN 30 DÍAS** para completar su solicitud.

SE REQUIEREN LOS SIGUIENTES DOCUMENTOS DE TODOS LOS OCUPANTES DE 18 AÑOS O MÁS QUE VIVEN EN LA UNIDAD:

☐ **Solicitud de asistencia para la reducción del peligro de plomo: Hoja de trabajo del Inquilino (H-3014 B)**
(El ocupante o propietario-ocupante completa toda la **solicitud**.)

☐ **Consentimiento y autorización para divulgación de la información confidencial (H-3014 C)**
(Inquilino: *Formulario de consentimiento y autorización para revelar y usar la información confidencial.*)

☐ **Hoja de verificación de empleo (H-3014 D)**
(Inquilino: *Haga que su empleador complete y firme este formulario, luego envíelo con la solicitud completa.*)

☐ **Verificación de ingreso**
(Inquilino o dueño, si está ocupada por el dueño.)

- ☐ Declaración de la cuenta del banco (3 meses) (Chime, Cashapp, etc.)
- ☐ Beneficios/Compartición de alimentos o asistencia
- ☐ Talones de cheques (Last 3 months- total of 12 if paid weekly; a total of 6 if paid bi-weekly)
- ☐ Declaración de Impuestos Federales del año anterior
- ☐ Declaración notariada de desempleo, trabajo por cuenta propia y documentos solicitados no disponibles

**ASEGÚRESE DE PRESENTAR LOS DOCUMENTOS DE TODOS LOS OCUPANTES MAYORES DE 18 AÑOS.
LAS SOLICITUDES NO SE PUEDEN PROCESAR HASTA QUE SE RECIBAN TODOS LOS DOCUMENTOS.**

Los documentos pueden ser presentados por:

Correo electrónico:
leadenrollment@milwaukee.gov

Fax:
414-286-0382

Enviar por correo o dejar:
Home Environmental Health
841 North Broadway, First Floor, Suite 118
Milwaukee, WI 53202

Solicitud de asistencia para la reducción del peligro de plomo: Hoja de trabajo del Inquilino (H-3014 B - Spanish)

Dirección de la propiedad:		Vivienda #:	
Alquiler	☐ Sí ☐ No ☐ Desconocido		
Dueño-Ocupado	☐ Sí ☐ No ☐ Desconocido		
¿Hay un niño menor de 6 años de edad que vive en la casa tiempo completo? Si la respuesta es Sí, ¿cuántos? _____	☐ Sí ☐ No ☐ Desconocido		
¿Hay un niño menor de 6 años de edad que es un visitante regular (por lo menos 6 horas por semana, 10 semanas al año)? Si la respuesta es Sí, ¿cuántos? _____	☐ Sí ☐ No ☐ Desconocido		
¿Hay un niño menor de 6 años de edad que vive o visita regularmente este hogar con un nivel de plomo en la sangre de 5 ó más alto? Si la respuesta es Sí, ¿cuántos? _____	☐ Sí ☐ No ☐ Desconocido		
<i>Entiendo que los niños menores de 6 años que viven o que regularmente visitan mi casa deben tener un examen de plomo para que la propiedad sea elegible para ayuda con la disminución del plomo. (Si no se les hace el examen dentro de los 90 días antes de que comience el proyecto, la Ciudad proveerá el examen gratis.)</i>	☐ Sí ☐ No ☐ No aplica		
¿Se usa esta casa como un hogar de cuidar niños? Si es así, ¿cuántos niños asisten? _____	☐ Sí ☐ No ☐ Desconocido		
¿Hay una persona embarazada que vive en esta casa tiempo completo?	☐ Sí ☐ No ☐ Desconocido		
¿Hay una persona embarazada que visita regularmente esta casa (por lo menos seis horas por semana, 10 semanas al año)?	☐ Sí ☐ No ☐ Desconocido		
<i>Entiendo que cualquier mujer embarazada que vive en la casa, o que es una visitante regular a esta casa, debe hacerse un examen de plomo para que la propiedad sea elegible para ayuda con la disminución del plomo. (Si no se hace el examen dentro de los 90 días antes de que comience el proyecto, la Ciudad proveerá el examen gratis.)</i>	☐ Sí ☐ No ☐ No aplica		
Nota: Para calificar para ayuda con la disminución del plomo, debe haber un niño menor de 6 años de edad que vive en el hogar o lo visita regularmente, o una mujer embarazada que vive en el hogar o lo visita regularmente.			

A. Número de personas que viven en el hogar:		B. Número de niños menores de 6 años y/o número de personas embarazadas que viven o que pasan mucho tiempo en la casa:	
Responda lo siguiente para la cabeza del hogar			
Género: ☐ hombre ☐ mujer ☐ Otro:	Raza: ☐ Indio americano o Nativo de Alaska ☐ Asiático ☐ Negro o africano americano ☐ Nativo de Hawai u otro Isleño del Pacífico ☐ Blanco ☐ Otra Multi-Raza	Etnicidad: ☐ Hispano ☐ No Hispano	

Ponga en la lista a todas las personas que viven en la propiedad (el número debe ser igual al de la lista de la caja A). Adjunte hojas adicionales, si es necesario.						
Nombre	¿Tiene una incapacidad?	¿Recibe Asistencia Pública?	Fecha de Nacimiento	Parentesco con la Cabeza del Hogar	¿Empleado?	Ingreso anual (si está empleado)
	☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No		<i>la cabeza del hogar</i>	☐ Sí ☐ No	
	☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No			☐ Sí ☐ No	
	☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No			☐ Sí ☐ No	
	☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No			☐ Sí ☐ No	
	☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No			☐ Sí ☐ No	
	☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No			☐ Sí ☐ No	
	☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No			☐ Sí ☐ No	
	☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No			☐ Sí ☐ No	
	☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No			☐ Sí ☐ No	

Hoja de trabajo del Inquilino, cont.

Todos los Ocupantes, adultos y niños, deben estar en la lista y su información completa.

- Este programa **recomienda encarecidamente** que a todos los niños menores de 6 años o a las mujeres embarazadas que viven o pasan mucho tiempo en el hogar se les haga un examen de sangre para el envenenamiento de plomo en los 90 días **antes** de que se haga el trabajo en su hogar. Contacte a su doctor o al departamento de salud para hacer los exámenes de sangre. Esta información tendrá carácter confidencial. Se necesita la documentación del examen de plomo para asociar a un niño con un hogar. La Ciudad proveerá el examen sin ningún costo para usted.
- Los hogares con niños menores de 6 años de edad (del nacimiento a 5) con (nivel Elevado Plomo en la Sangre) Elevated Blood Lead (EBL) serán dados mayor prioridad.
- Se debe poner en la lista la Prueba de Ingreso para todos aquellos que tienen 18 años de edad o mayores que en el talón de pago Actual del hogar (un mes) declaraciones de banco, declaraciones de impuestos del año anterior -si trabaja por cuenta propia, necesitará declaraciones de impuestos de los últimos dos años. A las personas sin ningún ingreso se les requiere una declaración notariada.

Yo reconozco que me han dado instrucciones con relación a mis responsabilidades durante el proceso de este trabajo. Estas son las siguientes:

- Todos los niños y las personas embarazadas deben estar fuera de la casa/apartamento cada día y cada noche mientras se está haciendo el trabajo adentro. Los ocupantes pueden estar en su hogar durante el trabajo exterior.
- Se debe limpiar y ordenar la casa/el apartamento antes de que empiece el trabajo. Se permitirá una inspección antes del trabajo, si así lo requiere el Departamento de Salud de la Ciudad de Milwaukee.
- Si se está haciendo reemplazo de ventanas,
 - Se moverán todos los muebles lejos de las ventanas antes de que llegue el contratista.
 - Se quitarán todas las cortinas/persianas de ventana o mini-persianas y herrajes antes de que llegue el contratista para hacer el trabajo, y el ocupantes lo reemplazará cuando el trabajo esté completo.
- Los niños y las personas embarazadas no pueden estar presentes mientras el contratista esté haciendo cualquier trabajo en el interior. Esto es para protegerlos de estar expuestos al plomo.
- Si un trabajo significativo se está completando, podría haber la opción de ayuda para relocalización temporal. Dichas peticiones deben ser revisadas y aprobadas por un jefe del departamento de salud antes de que comience el trabajo.

Yo acepto las responsabilidades y obligaciones en la lista anterior y certifico que la información a continuación es exacta. Yo entiendo que se me notificará por lo menos 48 horas antes de que cualquier trabajo se haga en este proyecto.

Firma de la Cabeza del Hogar _____

Fecha _____

Acuse de acuse de prueba de plomo en sangre - Formulario de consentimiento o no consentimiento

Nombre del programa: Programa de Reducción de Riesgos de Plomo

Para ayudar a proteger la salud de los niños, se recomienda que todos los menores de seis (6) años que vivan en el hogar o visiten regularmente el hogar se sometan a una prueba de niveles de plomo en sangre antes de comenzar el control de riesgos de plomo.

Si tu hijo no se ha realizado una prueba de plomo en sangre en los últimos **tres (3) meses**, por favor contacta con el proveedor sanitario de tu hijo o con el departamento de salud local para programar una prueba.

*** Por favor, indique a todos los niños menores de 6 años**

Niño 1

- Nombre del hijo: _____
- Fecha de nacimiento del niño: _____
- Proveedor de salud/Clínica: _____
- Me han hecho un análisis de sangre en los últimos tres meses
 - ☐ Sí Fecha de Prueba: _____
 - ☐ No, pero acepto que los hagan análisis
 - ☐ Por razones personales y/o religiosas, rechazo hacerme la prueba de plomo en sangre para mi hijo

Niño 2

- Nombre del hijo: _____
- Fecha de nacimiento del niño: _____
- Proveedor de salud/Clínica: _____
- Me han hecho un análisis de sangre en los últimos tres meses
 - ☐ Sí Fecha de Prueba: _____
 - ☐ No, pero acepto que los hagan análisis
 - ☐ Por razones personales y/o religiosas, rechazo hacerme la prueba de plomo en sangre para mi hijo

Niño 3

- Nombre del hijo: _____
- Fecha de nacimiento del niño: _____
- Proveedor de salud/Clínica: _____
- Me han hecho un análisis de sangre en los últimos tres meses

☐ Sí Fecha de Prueba: _____

☐ No, pero acepto que los hagan análisis

☐ Por razones personales y/o religiosas, rechazo hacerme la prueba de plomo en sangre para mi hijo

*Si tienes otros hijos menores de seis (6) años, por favor inclínalos en una página adicional

☐ **Autorizo al proveedor sanitario mencionado arriba a facilitar los resultados de las pruebas de plomo en sangre de mi(s) hijo(s) al Programa de Subvenciones para la Reducción de Riesgos de Plomo para fines del programa.**

Reconocimientos

Yo/Nosotros proporcionamos voluntariamente la información contenida en este formulario. Entendemos que proporcionar esta información es voluntario y que no es necesario divulgar esta información para participar en el Programa de Reducción de Riesgos de Plomo, salvo que la ley aplicable o los requisitos del programa lo requieran lo contrario.

Nombre del padre/tutor (impreso): _____

Firma del padre/tutor: _____

Fecha: _____

Nombre del padre/tutor (impreso): _____

Firma del padre/tutor: _____

Fecha: _____

Solo uso del programa

Fecha de recepción: _____

Recibido por: _____

**Solicitud de asistencia para la reducción del peligro de plomo: Hoja de trabajo del Inquilino
(H-3014 B suplemento)**

Suplemento para Relocalización

Dirección de la propiedad:		Apartamento #:
Número de Unidades:	<i>Nombre de la Compañía (si es aplicable)</i>	
Nombre del dueño:	Apellido del dueño:	
<i>Dirección del dueño (escribala aun si el dueño vive allí)</i>		
Teléfono primario del dueño:	Teléfono secundario del dueño:	
<i>¿Cuál es la mejor hora para contactarlo? (entre 7 am-4 pm L-V):</i>	correo electronico del dueño:	
<i>Contacto primario (si es otra persona que no es el dueño):</i>	Teléfono del contacto primario:	

Nombre de Inquilino:	Telefono:	Correo Electronico:
----------------------	-----------	---------------------

**A menudo la relocalización es necesaria para las Actividades de la Reducción del Peligro del Plomo.
Por favor conteste las siguientes preguntas sobre relocalización:**

¿Tiene un lugar en donde quedarse mientras se esté llevando a cabo este trabajo en su hogar?
De ser así, ¿cuánto tiempo podría quedarse allí?
¿Es segura contra plomo la residencia?
¿Cuántas personas necesitarían ser relocalizadas?
¿Se necesitaría relocalizar animales domésticos?

Cuestionario de Dificultades de Reubicación

Instrucciones

Por favor, completa este cuestionario describiendo tu situación financiera y de vivienda actual, así como cualquier circunstancia que pueda dificultar la mudanza. Tus respuestas se utilizarán para determinar si cumples los requisitos para la asistencia para la reubicación. Responde a cada pregunta con honestidad y proporciona detalles adicionales cuando se solicite.

1. ¿Estás experimentando dificultades económicas o dificultades de asequibilidad que dificultan cubrir los gastos de la mudanza por tu cuenta?

☐ Sí

☐ No

Explica:

2. ¿Tienes dificultades para quedarte con familiares durante el proceso de mudanza?

☐ Sí

☐ No

Explica:

3. ¿Están afectando las condiciones médicas o discapacidades a tu capacidad para mudarte?

☐ Sí

☐ No

4. ¿Necesitas alojamiento accesible debido a una discapacidad o condición médica?

☐ Sí

☐ No

5. ¿Tienes preocupaciones relacionadas con el empleo que podrían verse afectadas por la reubicación?

☐ Sí

☐ No

6. ¿Afectará la reubicación a la escolarización de su hijo o de sus hijos?

☐ Sí

☐ No

7. ¿Proporciona cuidado a un familiar mayor o discapacitado cuyo cuidado pueda verse afectado por la reubicación?

☐ Sí

☐ No

8. Por favor, describa cualquier dificultad adicional o circunstancia especial que el programa de reubicación deba considerar.

Certifico que la información proporcionada es verdadera, precisa y completa según mi mejor conocimiento.

Firma del propietario: _____

Fecha: _____

Uso del coordinador de reubicación:

Dificultad verificada:

☐ Sí

☐ No

¿Puede el propietario mudarse si está ocupado por el propietario o puede reubicar a un inquilino(s)?

☐ Sí

☐ No

Se recomienda asistencia adicional:

Comentarios:

Asistencia para la reubicación aprobada:

☐ Sí

☐ no

Consentimiento y autorización para la programa de reducción del peligro de plomo de la Ciudad de Milwaukee: divulgación de la información confidencial (H-3014 C - Spanish)

Fecha: _____

Para:

Lead Hazard Reduction Program

841 North Broadway, First Floor

Milwaukee, WI 53202

Re:

Nombre del Cliente: _____

Dirección del Cliente: _____ #: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ ZIP: _____

Yo/Nosotros, el cliente suscrito, o en el caso de un menor de edad, el padre/la madre o guardián, por la presente voluntariamente consiento/consentimos y doy/damos permiso a:

- a. La persona o entidad mencionada arriba a revelar, discutir y divulgar totalmente a un representante del Programa la reducción del peligro de plomo de la Ciudad de Milwaukee cualquier y toda la información privada, confidencial y otra información y proveer todos los documentos necesarios que sean útiles en completar mi/nuestra solicitud para el servicio a través del Programa la reducción del peligro de plomo de la Ciudad de Milwaukee.
- b. El Programa la reducción del peligro de plomo de la Ciudad de Milwaukee a revelar, discutir y divulgar totalmente a la persona o entidad mencionada arriba, cualquier y toda la información y los documentos necesarios que sean útiles para completar todas las solicitudes para proveer dichos servicios.

Yo/Nosotros entiendo/entendemos que el Programa la reducción del peligro de plomo de la Ciudad de Milwaukee tratará esta información de manera confidencial, y yo/nosotros voluntariamente consiento/consentimos y doy/damos permiso al Programa la reducción del peligro de plomo de la Ciudad de Milwaukee y a sus representantes a usar y revelar, discutir y divulgar totalmente dicha información a doctores, a terapeutas, a otros profesionales, y a personas que tienen necesidad de saber dicha información para completar mi/nuestra solicitud, evaluación, o para proveer dichos servicios por el Programa la reducción del peligro de plomo de la Ciudad de Milwaukee.

A menos que sea revocado por escrito y entregado al Programa la reducción del peligro de plomo de la Ciudad de Milwaukee, este Consentimiento y Autorización expirará en la fecha en la cual el cliente ya no está involucrado o inscrito en el programa. Ninguna revocación afectará cualquier acción que ha sido tomada en garantía sobre este Consentimiento y Autorización. El recipiente puede contar en la presentación de esta Autorización como prueba de que no ha expirado o sido revocada.

Yo/Nosotros entiendo/entendemos que para inscribir o recibir los servicios a través del programa, yo/nosotros debo/debemos firmar este Consentimiento y Autorización.

Yo/Nosotros certifico/certificamos que antes de firmar este Consentimiento y Autorización, yo/nosotros lo leo/leemos y entiendo/entendemos todas las cosas y términos incluidos, y que este Consentimiento y Autorización se firma y se da libre, voluntariamente y a sabiendas. Una copia o duplicado de este Consentimiento y Autorización será tan válido como el original. Yo/Nosotros he/hemos recibido una copia de este formulario.

Firma del Cliente, Padre/Madre, o Guardián: _____ Fecha: _____

Firma del Cliente, Padre/Madre, o Guardián: _____ Fecha: _____

Employment Verification Sheet (H-3014 D)

Date: _____

To:
Company Name: _____
Address _____ Unit # _____Re:
Employee: _____
Address: _____ Unit # _____

City: _____ State _____ ZIP _____

City: _____ State: _____ ZIP: _____

Dear Employer:

The employee listed above has applied for services through the City of Milwaukee Home Environmental Health Division.
Please complete the form below.

Thank you for your assistance and your prompt attention to this matter.

If you have any questions please contact the Lead Enrollment Team at **414-286-2165** Monday - Friday between 8am and 4:30pm.

SECTION 1: EMPLOYMENT STATUS

Is the employee listed above currently employed by your company? ☐ Yes ☐ No If "yes," complete Section 2.

If "no," employment end date: _____

Reason employment ended: ☐ Never employed ☐ Laid off ☐ Quit ☐ Strike ☐ Fired ☐ Other: _____

Date of final paycheck: _____ Gross pay for final month: \$ _____

SECTION 2: EMPLOYMENT INFORMATION

Start date of employment: _____
☐ ☐Date first paycheck received: _____
☐ ☐Employment type: ☐ Temporary ☐ PermanentTitle: ☐ Manager ☐ Other: _____

Please provide an estimate of the following wage information for the next 30 days:

Type of Pay	Best Estimate of Weekly Hours	Rate of Pay per Hour	Regular Scheduled Weekly Hours
Regular:	_____	\$ _____	_____
Overtime:	_____	\$ _____	

Salary if not paid hourly: \$ _____

Frequency of pay: ☐ Weekly ☐ Bi-weekly ☐ Semi-Monthly ☐ Monthly ☐ Irregular

EMPLOYER

Supervisor signature: _____ Print Name: _____ Date: _____ Phone _____



Hoja de verificación de empleo (H-3014 D - Spanish)

Fecha: _____

A:

Nombre de empresa: _____

Dirección _____ # _____

Re:

Empleado: _____

Dirección: _____ # _____

Ciudad _____ Estado _____ ZIP: _____

Ciudad _____ Estado _____ ZIP _____

Estimada Empleador,

El empleado que aparece en la lista anterior ha solicitado servicios a través del Programa de Prevención de Envenenamiento por Plomo de la Niñez de la Ciudad de Milwaukee. Por favor complete el formulario

Muchas gracias por su ayuda y su pronta atención a este asunto. Si tiene cualquier pregunta, por favor no dude en hacernos cualquier pregunta al **414-286-2165** lunes-viernes entre las 8 am y 4:30 pm.

SECCIÓN 1: ESTATUS DEL EMPLEO

¿Está el empleado que aparece en la lista arriba actualmente empleado por su compañía? ☐ Sí ☐ No Si contesta "Sí," complete la Sección 2.

Si contesta "no," fecha final del empleo: _____

Razón por la que terminó el empleo: ☐ Nunca estuvo empleado ☐ Despedido ☐ Renunció ☐ Huelga ☐ Echado ☐ Otro: _____

Fecha del último cheque de pago: _____ Pago bruto para el último mes: \$ _____

SECCIÓN 2: INFORMACIÓN DEL EMPLEADO

Fecha de inicio del empleo: _____

☐
☐

Tipo de empleo: Temporal Permanente

Fecha en que recibió el primer cheque de pago: _____

☐
☐

Título: Jefe Otro: _____

Por favor denos un estimado de la siguiente información del salario para los siguientes 30 días:

Tipo de pago	El mejor estimado de horas semanales	Tarifa de pago por hora	Programado regularmente horas semanales
Regular:	_____	\$ _____	_____
Horas extras:	_____	\$ _____	

Salario si no es pagado por horas: \$ _____

Frecuencia del pago: ☐ Semanalmente ☐ Cada dos semanas ☐ Quincenal ☐ Mensualmente ☐ Irregular

EMPLEADOR

Firma de Supervisor: _____ nombre: _____ fecha: _____ telefono: _____