

**H  
O  
M  
E  
M  
O  
D**

**Paquete de solicitud  
para el programa  
HOMEMOD**

**CIUDAD DE CHICAGO**

**Oficina del Alcalde para Personas con Discapacidades**



# LEA PRIMERO

LEA TODAS LAS INSTRUCCIONES ANTES DE COMPLETAR ESTA SOLICITUD. ES MUY IMPORTANTE QUE RESPONDA CORRECTAMENTE **TODAS** LAS PREGUNTAS Y QUE INCLUYA **TODOS** LOS DOCUMENTOS NECESARIOS CON ESTA SOLICITUD. ASEGÚRESE DE COMPLETAR **TODOS** LOS PUNTOS ABAJO.

- Todos los puntos de la solicitud se completaron correctamente y sin omisiones.
- Se adjuntaron todos los documentos de respaldo necesarios a la solicitud. (prueba de edad, comprobante de ingresos de todo el grupo familiar, prueba de discapacidad y comprobante de seguro de la casa).
- Asegúrese de haber pagado los impuestos a la propiedad. Si no está seguro, llame a la Tesorería del condado Cook al (312) 443-5100 (voz)
- Asegúrese de firmar y fechar la solicitud.
- Asegúrese de tener copias de su solicitud para su expediente.
- Debe vivir en Chicago y tener una discapacidad para participar en este programa.



**Ciudad de Chicago**  
**Oficina del Alcalde para**  
**Personas con**  
**Discapacidades**



# HomeMod

**SOLICITUD DEL PROGRAMA**

**FECHA LÍMITE PARA PRESENTAR SOLICITUDES: Ninguna**

**INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE:**

**1. Nombre legal completo:** \_\_\_\_\_  
Nombre Inicial del segundo nombre Apellido

**2. Dirección postal actual:** \_\_\_\_\_  
(Esta dirección debe ser la de la vivienda que se está considerando para las modificaciones. Entregue prueba del seguro del edificio)  
Número y calle Apartamento No.  
Ciudad Estado Código postal Distrito

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

**4. Teléfono:** \_\_\_\_\_  Casa  Trabajo  Celular

**5. Número alternativo:** \_\_\_\_\_  Casa  Trabajo  Celular

**6. Correo electrónico:** \_\_\_\_\_

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

**9. Sexo:**  Masculino  Femenino **10. Edad:** \_\_\_\_\_ (debe entregar prueba de edad)

**11. Raza:** (Escriba una "X" en la casilla correcta)  
 Afroamericano o negro  Blanco  
 Indígena americano o nativo de Alaska  Isleño de otras islas del Pacífico  
 Asiático  Otro, multirracial

**12. Origen étnico:** (Escriba una "X" en la casilla correcta)  
 Hispano  No hispano

**13. Idioma principal:** (Escriba una "X" en la casilla correcta)  
 Inglés  Español  Otro: \_\_\_\_\_

**14. Discapacidad:**  Sí  No **15. Veterano:**  Sí  No

**16. Educación completada:**  
 No fue a la escuela  2 años de universidad  
 Diploma de high school  4 años de universidad  
 GED  más de 4 años de universidad

**17. Ingreso anual del grupo familiar:** (Debe entregar comprobante. Para ingresos \$0.00, envíe el formulario 4506T)

Nombre	Relación	Tipo de ingresos	Cantidad anual

17a. ¿Cuál es el tamaño de su grupo familiar? \_\_\_\_\_

**18. Seguro médico:**

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

19. ¿Vive en un edificio subsidiado por el gobierno (CHA)?  Sí       No

**20. ¿Qué tipo de discapacidad tiene? (Debe entregar prueba de su discapacidad)**

- 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 andador       Uso silla de ruedas       Uso muletas       Uso ventilador  
 Uso oxígeno       Uso otros dispositivos de apoyo

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

---

---

---

---

---

---

---

---

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

- Entrada       Baño       Cocina       Otras áreas

25. ¿Sabe si hay violaciones del Código de Construcción registradas para la propiedad para la que está enviando la solicitud?  Sí       No

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

- Impuestos a la propiedad       Sí       No       N/A  
Factura de servicios de agua       Sí       No       N/A  
Hipoteca/Renta       Sí       No       N/A  
Multas de estacionamiento       Sí       No       N/A  
Manutención de menores       Sí       No       N/A

27. ¿Ha presentado una solicitud de HomeMod antes?  Sí       No  
Si la respuesta es Sí, ¿se hizo la modificación?       Sí       No       N/A

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

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

30. Si recibe una modificación, ¿piensa reincorporarse al trabajo o buscar un trabajo nuevo?  
 Sí       No       Aún no tengo 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 de esta solicitud y toda la información de respaldo para el Programa HomeMod es completa y correcta en la medida de mi (nuestro) conocimiento. Se puede pedir una verificación a 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 que se usen a discreción de MOPD, ya sea para propósitos educativos o publicitarios.

Yo (nosotros) por la presente acepto (aceptamos) que soy (somos) responsable(s) del mantenimiento o de los cargos (incluyendo las inspecciones anuales) de los servicios o el equipo que se entreguen.

Esta autorización es válida sin limitaciones de tiempo a partir de la fecha de la firma, a menos que yo o mi tutor, si soy menor, 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: \_\_\_\_\_

**Recuerde incluir:**

**Prueba de edad**

**Prueba de discapacidad**

**Comprobante de ingresos del grupo familiar**

**Prueba de seguro de casa**

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

**The HomeMod Program  
Oficina del Alcalde para Personas con Discapacidades  
MOPD field Office  
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**



**Ciudad de Chicago**  
**Oficina del Alcalde para**  
**Personas con**  
**Discapacidades**



# HomeMod

**ANEXO "A" DEL PROGRAMA**

**FECHA LÍMITE PARA PRESENTAR SOLICITUDES: Ninguna**

## INFORMACIÓN DEL PROPIETARIO/ARRENDADOR:

1. Nombre legal completo: \_\_\_\_\_  
Nombre Inicial del segundo nombre Apellido
2. Dirección postal actual: \_\_\_\_\_  
Número y calle Apartamento No.  
\_\_\_\_\_  
Ciudad Estado Código postal Distrito
3. Teléfono: ( \_\_\_\_\_)
4. Número de identificación de la propiedad (PIN): \_\_\_\_\_

## CUIDADOR, TUTOR U OTRO REPRESENTANTE AUTORIZADO

1. Nombre legal completo: \_\_\_\_\_  
Nombre Inicial del segundo nombre Apellido
2. Teléfono: \_\_\_\_\_

## INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE:

1. Nombre legal completo: \_\_\_\_\_  
Nombre Inicial del segundo nombre Apellido
2. Dirección postal actual: \_\_\_\_\_  
(Esta dirección debe ser la de la vivienda que se está considerando para las modificaciones).  
Número y Calle Apartamento No.  
\_\_\_\_\_  
Ciudad Estado Código postal Distrito
3. Teléfono de la casa: \_\_\_\_\_
4. Teléfono alternativo/del trabajo: \_\_\_\_\_

El inquilino mencionado arriba, 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 las modificaciones se pagarán con financiamiento de la Ciudad de Chicago para los 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 del inquilino: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

