



**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 tener menos de 60 años, 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: _____

