



HEALTHY HOMES  
RESOURCE

# HEALTHY HOMES RESOURCE

## Información del Programa

- Pruebas de detección de plomo y radón, **SIN COSTO** y evaluaciones de viviendas saludables para hogares calificados
- El programa se dirige a propietarios de viviendas, inquilinos y propietarios de viviendas en alquiler
- Las obras de reparación son, entre otras, reducción del radón, control de peligros por plomo, intrusión de tipo eléctrica, estructural, de humedad y demás reparaciones
- Esto es **SIN COSTO** ya sea usted sea propietario u ocupante de la vivienda
- Los propietarios y ocupantes de la vivienda deben acordar participar en el programa antes de que comiencen las obras en la unidad

## Marque las calificaciones y prioridades del programa que correspondan:

El ingreso familiar es <80 % del ingreso del área media

Su casa o propiedad está en el estado de Indiana

Su casa o vivienda en alquiler se construyó antes de 1978

Un niño menor de seis (6) años vive o visita con frecuencia el lugar  vive una embarazada

Vive una persona adulta de sesenta y dos (62) años o más

Vive una familia con una persona con discapacidades

Un menor de 19 años vive  visita con frecuencia el lugar y es elegible o está inscripto en Medicaid

Los impuestos de la propiedad están al día

El seguro de la propiedad está al día

¿Tiene una rampa que necesita reparaciones  necesita una rampa?

## Si reúne los requisitos para alguna opción, ¡comenzar es fácil!

Complete esta solicitud y envíesela a Healthy Homes a:

e-mail: [HealthyHomes@ihcda.in.gov](mailto:HealthyHomes@ihcda.in.gov)

Correo postal: 30 South Meridian Street- Suite 900

Indianapolis, IN 46204

Si tiene preguntas, llame al 317-232-7777

Para conocer más información sobre el Programa de protección contra el plomo, visite el siguiente sitio:

<https://www.in.gov/myihcda/2675.htm>



Indiana  
Department  
of  
Health

Division of  
Lead &  
Healthy Homes



Indiana Housing & Community Development Authority



INDIANA COMMUNITY  
ACTION ASSOCIATION  
Taking Action. Improving Lives.

# PROGRAMA HEALTHY HOMES RESOURCE

## Parte 1: Información del solicitante

Nombre \_\_\_\_\_

Propietario                      Inquilino                      Contrato de compra del terreno

Dirección \_\_\_\_\_ Dpto. \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ C.P. \_\_\_\_\_ Condado \_\_\_\_\_

N.º teléfono \_\_\_\_\_ E-mail \_\_\_\_\_

## Parte 2: Información del propietario de la propiedad en alquiler (si corresponde)

Nombre \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_ Dpto. \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ C.P. \_\_\_\_\_ Condado \_\_\_\_\_

N.º teléfono \_\_\_\_\_ E-mail \_\_\_\_\_

¿La unidad está vacía?      Sí                      No

## Parte 3: Información de la propiedad

¿Construida antes de 1978?      Sí                      No      Fecha de construcción \_\_\_\_\_

Si es multifamiliar, ¿cuántas unidades tiene? \_\_\_\_\_

Cant. total de ambientes en la unidad \_\_\_\_\_ Cant. habitaciones \_\_\_\_\_ Pies <sup>2</sup> \_\_\_\_\_

¿Inspección de plomo o eval. de riesgos anterior?      Sí                      No

¿La propiedad o el ocupante están en otro programa del HUD?      Sí                      No

¿Problemas eléctricos, de tubería, calefacción o refrigeración?      Sí                      No

¿La propiedad tiene goteras en el techo?      Sí                      No

¿Tiene problemas estructurales, de agua o plagas?      Sí                      No

Detalle otro problema de salud o seguridad de su casa o propiedad

¿Cómo supo del programa?

**Detalles de los ocupantes: complete la siguiente tabla.**

Todos los ocupantes, adultos y niños que vivan en la casa o la visiten con frecuencia deben detallarse y se debe facilitar la información solicitada. Si es necesario, adjunte otra hoja.

Nombre	Fecha de nacimiento (dd/mm/aa)	Edad	Relación con el residente principal	Asma diagnóstica por un médico? Sí o No	¿La visitan a menudo niños o embarazadas? Sí o No	¿Inscrito en Medicaid o CHIP? Sí o No	¿Alguno de los niños de la casa se hizo una prueba de detección del nivel de plomo? Sí o No	Nece- sidades especiales Sí o No	RAZA 1-Asiática 2-Negra 3-Blanca 4-Hispana/Latina 5-Indoamericana 6-Nativa de Hawái 7-Otra
			Principal						

*Al firmar a continuación, el solicitante autoriza al programa Healthy Homes Resource (HHR) a solicitar información sobre pruebas de detección de plomo al Departamento de salud del estado de Indiana. Asimismo, autoriza al programa HHR a intercambiar esta información y la información recopilada en esta solicitud con los representantes autorizados del programa a los fines de la calificación para acceder al programa. Al firmar a continuación, el solicitante y el propietario de la vivienda autorizan al programa HHR o a un administrador autorizado del programa a solicitar información financiera adicional u otra información pertinente según sea necesario para calificar para el programa. La información provista tendrá carácter confidencial para cumplir con los fines establecidos únicamente. El solicitante y el propietario de la vivienda comprenden que el hecho de completar esta solicitud no garantiza la asistencia, sino que solo comienza el proceso de solicitud de este programa. Asimismo, verificamos que las respuestas que se dieron anteriormente sean precisas. Facilitar información falsa de manera intencional puede llevar a que se lo descalifique de su participación en el programa.*

Nombre del solicitante (en letra de imprenta)

Firma del solicitante (si corresponde)

Fecha

Nombre del propietario del inmueble (en letra de imprenta)

Firma del propietario del inmueble

Fecha

Si envía por correo esta solicitud, hágalo a:  
IHCDA  
ATTN: Healthy Homes  
30 South Meridian Street- Suite 900  
Indianapolis, IN 46204

*El programa HHR no ejerce discriminación contra ninguna persona ni grupo por cuestiones de raza, sexo, religión, nacionalidad, color, estado civil, discapacidad, creencias políticas, condición de veterano de guerra o toda otra característica protegida por la ley federal, estatal o local.*

Solo para uso del programa:	Fecha de recepción: _____	Solicitud n.º: _____
	Vivienda verificada: _____	Fecha de verific.: _____