### CERTIFICACIÓN DE DISCAPACIDAD (FORMULARIO DV-CV-SP-004)

**PARA USO EN TODOS LOS PROGRAMAS DEL COMMUNITY DEVELOPMENT BLOCK GRANT (CDBG-CV)**

**DEVUELVA ESTE DOCUMENTO A LA PERSONA QUE VA DIRIGIDA LA CERTIFICACIÓN, DE MANERA CONFIDENCIAL.**

**Fecha**: Click or tap here to enter text.

**Dirigido**: Nombre de la tercera persona a la cual se le solicita la verificación de esta información

Dirección de la tercera persona a la cual se le solicita la verificación de esta información

**De**: Nombre de la persona que solicita la información

Título de la persona que solicita la información

Nombre del proyecto de servicio público

Dirección de la persona que solicita la información

**Asunto**: Certificación de Discapacidad

Nombre del Participante: Click or tap here to enter text.

Dirección: Click or tap here to enter text.

Esta persona ha solicitado asistencia del Programa de Servicio Público en Respuesta al COVID-19 del Departamento de la Vivienda y Desarrollo Urbano de Estados Unidos (HUD, por sus siglas en inglés). HUD requiere a los recipientes de fondos verificar toda la información utilizada al determinar si una persona es elegible para un programa o para determinar su nivel de beneficios.

Le pedimos su cooperación para que nos provea la siguiente información y que además la devuelva a la persona y dirección que solicita esta hoja. La pronta devolución de esta información ayudará a que la solicitud de ayuda se procese en un término de tiempo adecuado. En esta certificación se incluye un sobre pre-dirigido para este propósito. La persona solicitante de la ayuda ha consentido a la divulgación de la información como se demuestra en la última página.

**INFORMACIÓN SOLICITADA**

Para cada pregunta a continuación, marque con una "X" en el encasillado correspondiente que describe con precisión la persona que aparece arriba.

**Verificación de Discapacidad**

Nombre del Participante: Click or tap here to enter text.

1. Sí  No Tiene una discapacidad física, mental o emocional, que se espera sea de una duración larga o indefinida, la cual impide sustancialmente su habilidad de vivir de manera independiente.
2. Sí  No Es una persona con una discapacidad de desarrollo, según definida en la Sección 102(7) de la Ley de Asistencia y Carta de Derechos de Discapacidades de Desarrollo (42 U.S.C. 6001(8)), por ejemplo, una enfermedad crónica y severa que:
   1. Sea atribuible a una condición física o mental o una combinación de ambos;
   2. Se manifiesta antes de que la persona tenga 22 años;
   3. Posiblemente continúe de manera indefinida;
   4. Resulte en una limitación funcional sustancial en tres o más de las siguientes áreas de mayor actividad:
      1. Independencia en su cuidado
      2. Receptivo o expresivo en el lenguaje,
      3. Aprendizaje,
      4. Movilidad,
      5. Autodirección,
      6. Capacidad para vida independiente,
      7. Independencia económica, y
      8. Refleja que la persona tiene la necesidad de una combinación y secuencia de servicios especiales, interdisciplinarios o atención genérica, tratamiento u otros servicios que son de toda la vida o duración extendida y se planifican y coordinan de forma individual.
3. Sí  No Es una persona con una enfermedad mental crónica, por ejemplo, una enfermedad mental severa y persistente o un impedimento emocional que limita seriamente su habilidad de vivir de manera independiente, y la cual podría mejorar si viviera en condiciones adecuadas.
4. Sí  No Es una persona la cual su única discapacidad consiste en la adicción a drogas o alcohol.

**Certifico que toda la información antes mencionada es cierta y correcta. Entiendo que esta información es provista para la determinación de elegibilidad del Programa CDBG-CV y que los oficiales del Municipio o el Departamento de la Vivienda pueden verificar la información de este formulario. Soy consciente de que, de acuerdo al Título 18, Sección 1001 del Código de EE. UU., si deliberadamente proveo información falsa puedo estar sujeto(a) a que me procesen conforme a las leyes estatales y federales que apliquen.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| **Nombre y título de la persona que provee la información** |  | **Nombre de la organización** |
|  |  |  |
| **Firma** |  | **Fecha** |

La carga pública de divulgación de esta información se estima en unos 12 minutos por respuesta, incluyendo el tiempo para revisar las instrucciones, buscar fuentes de información, reunir y mantener los datos necesarios y completar y revisar la totalidad de la información. Esta información, necesaria para obtener beneficios, es voluntaria. HUD no puede recopilar esta información, y usted no está obligado a completar este formulario, a menos que la misma muestre un número de control OMB válido. Los Propietarios o gerentes deberán obtener la verificación por terceros de que un individuo discapacitado cumple con la definición de las personas con discapacidad para el programa que regula la vivienda en donde la persona está solicitando para vivir. Las definiciones de las personas con discapacidad para los programas cubiertos por la Ley de Vivienda de los Estados Unidos de 1937, se encuentran en el 24 CFR 403. Para la Sección 202 y la Sección 811 de Viviendas de Apoyo para las Personas Mayores y con Discapacidad, se encuentran en el 24 CFR 891.305 y 891.505. No se proporciona ninguna garantía de confidencialidad.

HUD está autorizado a recopilar información a través de la Ley de Vivienda de los Estados Unidos de 1937, según enmendada (42 U.S.C. 1437 et. seq.); la Ley de Recuperación de Vivienda Urbana y Rural de 1983 (P.L.98-181); las enmiendas técnicas al Desarrollo de Vivienda y Comunidades de 1984 (P.L. 98-479); y, por la Ley de Desarrollo de Vivienda y Comunidades de 1987 (42 U.S.C. 3543).

**RELEVO**

Por la presente autorizo la entrega de la información solicitada. La información obtenida en virtud de este consentimiento se limita a la información que no tenga más de 12 meses. Hay circunstancias que requerirían que se verifique información que podría tener hasta 5 años de existencia, lo cual sería autorizado por mí en una hoja de consentimiento independiente, unido a una copia de este consentimiento.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| **Nombre del Solicitante** |  | **Fecha** |
|  |  |  |
| **Firma del Solicitante** |  |  |

**\*Nota al solicitante del servicio público: Usted no tiene que firmar este formulario si el encasillado donde se identifica al municipio que solicita la información está en blanco.**