**Certificación de Discapacidad**

Formulario y certificación para elegibilidad para admisión o cualificación a deducciones basadas en discapacidad.

Para uso en todos los programas del Community Development Block Grant.

**Fecha**:

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

**From**: (Nombre de la persona que solicita la información, título, nombre del proyecto de vivienda y dirección)

**DEVUELVA ESTA CERTIFICACIÓN DE DISCAPACIDAD A LA PERSONA QUE APARECE ARRIBA** (o imparta otras instrucciones a la tercera persona para asegurarse de que la certificación sea devuelta a la persona correcta. Esto es importante debido a que los propietarios tienen una responsabilidad de tratar esta información de manera confidencial.

**Asunto**: Certificación de Discapacidad

Nombre: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Esta persona ha solicitado asistencia de vivienda bajo el programa del Departamento de la Vivienda y Desarrollo Urbano de Estados Unidos (HUD, por sus siglas en inglés). HUD requiere a los propietarios de la vivienda 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 que aparece en la parte de arriba de 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 ha consentido a la divulgación de la información como se demuestra en la parte de arriba.

**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**

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, y es de una naturaleza que puede mejorar si la persona vive en condiciones de vivienda adecuadas.
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 enfermedades crónica y severa que:
   1. Sean atribuibles 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.

Nombre y título de la persona que provee la información

Firma o Nombre de la organización

Fecha

Firma

**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 es 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 esta 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 el propietario 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.

Fecha

Firma

Nota al solicitante o inquilino: Usted no tiene que firmar este formulario si el encasillado de la organización que solicita la información o la organización que la suple está en blanco.

SANCIONES POR EL MAL USO DE ESTE CONSENTIMIENTO:

El Titulo 18, Sección 1001 del *U.S. Code* establece que una persona comete un delito al declarar información falsa o fraudulenta, a sabiendas o de manera voluntaria, a cualquier departamento del Gobierno de los Estados Unidos. HUD y cualquier propietario (o cualquier empleado de HUD o el propietario) pueden estar sujetos a sanciones por las divulgaciones no autorizadas o usos indebidos de la información recopilada a base del formulario de consentimiento. El uso de la información recopilada a base de este formulario de verificación se limita a los fines antes citados. Cualquier persona que, a sabiendas o voluntariamente, solicite, obtenga o revele ninguna información de manera fraudulenta en relación con un solicitante o participante puede estar sujeto a un delito menor y multado no más de $5,000. Cualquier solicitante o participante afectado por la divulgación negligente de información puede iniciar una acción civil por daños y buscar otra forma de reparación de daños, según proceda, contra el funcionario o empleado de HUD o el propietario responsable de la divulgación no autorizada o uso indebido. Disposiciones sobre penalidades por el mal uso del número de seguro social están contenidas en la Ley del Seguro Social, 208 (a) (6), (7) y (8). Las violaciones de estas disposiciones se citan como violaciones al 42 USC 408 (a) (6), (7) y (8).