



## **HOUSING PARTNERSHIP OF CHESTER COUNTY**

### **PROGRAMA DE MODIFICACION DE VIVIENDAS DEL CONDADO DE CHESTER**

El Programa de Modificación de Viviendas del Condado de Chester (CCHMP) está financiado por una Ayuda económica recibida del programa de concesión de Acceso del Departamento de Desarrollo Comunitario de Pensilvania. El programa se estableció para proporcionar asistencia a los residentes de bajos y moderados ingresos del Condado de Chester, con discapacidades permanentes, para que sus residencias actuales sean más accesibles.

El Programa de modificación de viviendas del condado de Chester es administrado por Housing Partnership of Chester County (HPCC). CCHMP permite una amplia gama de modificaciones adaptativas que incluyen, entre otras: rampas, ascensores, ensanchamiento de puertas y pasillos, modificaciones de cocina y baño, timbres visuales audífonos y señalizadores visuales para teléfonos. El financiamiento para este programa es en forma de un subsidio o regalías y no se requiere ningún pago por el trabajo completado.

#### **Elegibilidad-requisitos:**

- Beneficiario debe tener una discapacidad permanente, verificado por la declaración de un médico, que limita el acceso y uso de la casa. Una nota escrita por un médico debe ser proporcionada, declarando las modificaciones necesarias.
- El solicitante debe ser residente del condado de Chester.
- El solicitante debe ser propietario o arrendatario principal de la vivienda, o un miembro de la familia en el hogar que será modificado.
- La propiedad debe ser la residencia principal del beneficiario.
- El ingreso total del hogar por residencia debe ser igual o inferior al 80% del ingreso medio establecido por HUD para el área Metropolitana de Filadelfia.

#### **El solicitante debe presentar la siguiente documentación para su calificación y aprobación**

- Copia de la escritura o contrato de arrendamiento (incluyendo el nombre del propietario, dirección y número de teléfono) para la propiedad.
- Copia del formulario 1040 del Impuesto sobre la renta federal (incluir todos los anexos y formularios W-2) del año fiscal más reciente, de todos los miembros del hogar, (o verificación del IRS), si corresponde.
- Verificación de ingresos de los hogares para incluir: copia de Pensiones, Seguridad Social, declaraciones de Retiro Ferroviario, los pagos de manutención, compensación de trabajadores, anualidades, ingresos de alquiler, etc. **Todos los ingresos del hogar deben estar documentados.**
- La declaración del médico que verifica que el solicitante tiene una discapacidad permanente que limita el acceso y el uso de la vivienda, y que indica las modificaciones necesarias.
- Copia de la póliza de seguro de propietarios o inquilinos.
- Certificado de defunción del cónyuge, si corresponde. Esto es necesario para demostrar el derecho de propiedad del inmueble.
- Copia de su licencia de conducir o identificación con foto

**\*\* Si cualquier adulto miembro del hogar no recibe ingresos, por favor incluya una breve declaración escrita que explique los medios de apoyo. \*\***

Después de aprobarse una aplicación, basado en la verificación de Todos los documentos detallados anteriormente, the Housing Partnership of Chester County enviara su Coordinador de Construcción a su casa para que evalúe las modificaciones necesarias y elaborar las especificaciones de trabajo. Si la instalación de modificaciones requiere reparaciones que queda fuera de del alcance de este programa (i.e. Estructural, eléctrico, plomería & calefacción),el dueño de la propiedad deberá aplicar al programa de rehabilitación de vivienda para continuar con las modificaciones de acceso. Arrendatarios no tienen la opción de reparaciones a través del programa de rehabilitación de vivienda.

Cuando las especificaciones de trabajo son recibidas por HPCC, se invitará a varios contratistas para hacer una oferta sobre el trabajo a realizar. HPCC seleccionará la oferta responsable más baja y premiará otorgándole el trabajo. El aplicante, el contratista y un representante de HPCC se reunirán para discutir sobre la modificación y el proceso de instalación y firmaran el contrato de trabajo para empezar.

### **Restricciones**

Este programa no se puede usar para modificar unidades de propiedad u operadas por autoridades de vivienda pública o instalaciones autorizadas por DPW o DOH, para servicios de asistencia, para corregir infracciones de código, para gastos de reubicación o para fines de depósito para devolver la unidad a su condición original. El programa no financiara el coto para adicionar a la condición original de los planos de la vivienda. El Apicante debe proporcionar toda la documentación solicitada para determinar la elegibilidad. Debido a la alta demanda de servicios a través del CCHMP, las solicitudes deben estar completas para ser evaluadas, y las aprobaciones se reciben por orden de llegada.

**Si tiene alguna pregunta o necesita asistencia con esta aplicación, por favor llame a:**

**Housing Partnership of Chester County at 610-518-1522**

**PROGRAMA DE MODIFICACION DE VIVIENDA EN EL CONDADO DE CHESTER**

**APLICACION**

Por favor complete todas las secciones de esta solicitud y envíela con: una copia de su escritura o contrato de arrendamiento de la propiedad, y copias de todos los ingresos recibidos en el hogar.

Fecha de aplicación \_\_\_\_\_

Dirección de la propiedad: \_\_\_\_\_

Municipio: \_\_\_\_\_

¿Es esta su residencia principal?  sí  no

¿Usted: \_\_\_\_\_ es dueño de su casa \_\_\_\_\_ alquila su casa

Nombre y dirección del arrendador: \_\_\_\_\_

¿Aparece su nombre en la escritura de algún otro bien inmueble?

Si  No Si es así, a continuación la lista de dirección de la propiedad: \_\_\_\_\_

**SOLICITANTE:**

Nombre \_\_\_\_\_ Numero de Seguridad Social \_\_\_\_\_

Teléfono \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_

Co-solicitante \_\_\_\_\_ Numero de Seguridad Social \_\_\_\_\_

Teléfono \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_

¿Tiene usted o alguien que vive en su hogar tiene una discapacidad permanente?

Yo  Otro  (nombre y relación) \_\_\_\_\_

Grupo étnico: Cauc Black Hisp Asian Am. Indio / Alaskan Otro

Estado civil: Casado Single Divorciado Viuda / Viudo

¿Está trabajando con otras agencias de servicios en este momento? \_\_\_\_\_

Por favor, nombre (s) de las agencias: \_\_\_\_\_

Número de personas que viven en la residencia: \_\_\_\_\_

Nombre y relación de otros residentes que viven en el hogar

NOMBRE

RELACIÓN Y EDAD

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

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

**INGRESOS ANUALES DEL HOGAR: INCLUYA INGRESOS PARA TODOS LOS RESIDENTES DEL HOGAR**

Todos los ingresos deben ser verificado Esto incluye los ingresos en nombre de los menores, los ingresos de empleo y la pensión alimenticia. Envíe copias de la pensión, jubilación, cartas de respaldo del Seguro Social / SSI, pasado compensación laboral declaración de impuestos del año(si se presentó) y el recibo de pago actual (si está empleado). Los estados de cuenta bancarios que muestran el depósito directo de pagos son aceptables.

<u>Pagos mensuales</u>	<u>Solicitante</u>	<u>Co-Aplicante</u>	<u>Otro</u>
1.Ingreso bruto de seguridad social y seguridad suplementaria (primas de Medicare incluidas)	\$ _____	\$ _____	\$ _____
2. Ingreso bruto de pensión, ingreso de anualidad, beneficios de VA, jubilación ferroviaria	\$ _____	\$ _____	\$ _____
3. Salario bruto, bonos, ingreso propio -empleo, comisiones e ingresos de una sociedad.	\$ _____	\$ _____	\$ _____
4. Intereses brutos, dividendos, ganancias de capital, premios	\$ _____	\$ _____	\$ _____
5. Otros ingresos tales como dinero en efectivo, asistencia pública, el desempleo, la remuneración del trabajador, apoyar dinero, pagos de beneficios de muerte del seguro de vida	\$ _____	\$ _____	\$ _____
<b><u>Ingreso mensual total</u></b>	\$ _____	\$ _____	\$ _____

¿Ha presentado alguna vez o está actualmente en el proceso de declararse en bancarrota?  sí  no  
En caso afirmativo, ¿cuándo presentó la solicitud? \_\_\_\_\_ Tipo de quiebra \_\_\_\_\_  
Fecha de descargo: \_\_\_\_\_ Despedido?  sí  no

Cuentas bancarias:

Nombre / dirección de la institución financiera (indique la dirección completa con el código postal)

\_\_\_\_\_

Cuenta de cheques # \_\_\_\_\_ Balance \_\_\_\_\_

Cuenta de ahorros # \_\_\_\_\_ Balance \_\_\_\_\_

Hipotecario Prestamista \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

Cuenta hipotecaria# \_\_\_\_\_ Saldo de hipoteca \_\_\_\_\_

¿Sus pagos de hipoteca están al día?  sí  no ¿Está usted en proceso en ejecución hipotecaria o en un proceso de modificación de hipoteca?  no  sí (incluya papeleo de modificación)

¿bienes raíces están gravados con impuestos hasta la fecha?  sí  no

## **Información del seguro**

¿Tiene cobertura de seguro para propietarios o inquilinos?  si  no

Nombre/dirección de la compañía de seguros:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Política Número \_\_\_\_\_ Número de Teléfono \_\_\_\_\_

¿Quiere que permitir que un inspector profesional pueda entrar en su casa para elaborar un detalle del trabajo por hacer?

si  no

Yo / Nosotros estamos de acuerdo que la información que Yo / Nosotros hemos proporcionado en esta solicitud es verdadera y correcta a lo mejor de mi / nuestro conocimiento. Yo / Nosotros entendemos que la aprobación en el programa está sujeta a verificación, de toda la información proporcionada, por Housing Partnership of Chester County.

Firma del solicitante: \_\_\_\_\_

Firma del Co-Applicante: \_\_\_\_\_

¿Permitiría que HPCC use su nombre y fotos de su hogar para publicidad, mercadeo y / o solicitudes de financiamiento adicional?

si  no



# Housing Partnership of Chester County

41 W. Lancaster Avenue, Downingtown, Pennsylvania 19335 (610)518-1522

## Autorización para la obtención de Información

A QUIEN LE INTERESE:

Yo, \_\_\_\_\_, por la presente le autorizo a usted proporcionar información confidencial sobre mi y/o mi miembro de la familia, a **HOUSING PARTNERSHIP OF CHESTER COUNTY, 41 W. Lancaster Avenue, Downingtown, PA 19335**. Entiendo que la información que se obtenga se utilizara para determinar mi elegibilidad para participar en programa de **modificación de Viviendas del Condado de Chester** y /o el **Programa de rehabilitación de Viviendas**.

Este formulario será válido por **un año a partir de la fecha de esta autorización**.

Gracias por su cooperación en este asunto.

FIRMA: \_\_\_\_\_

DIRECCION: \_\_\_\_\_

FECHA: \_\_\_\_\_

## AUTORIZACION de CRÉDITO

Yo / Nosotros, \_\_\_\_\_ damos permiso a HOUSING PARTNERSHIP OF CHESTER COUNTY para obtener un Reporte de crédito con el propósito de un subsidio o regalía de fondos a través del programa de modificación de Vivienda y / o préstamo de rehabilitación de Vivienda. El propósito de chequear el crédito es para determinar el estatus de la hipoteca, si es aplicable.

\_\_\_\_\_  
Firma

\_\_\_\_\_  
Firma

\_\_\_\_\_  
Numero de Seguridad Social

\_\_\_\_\_  
Numero de Seguridad Social

