



# Housing Partnership of Chester County

41 W. Lancaster Ave, Downingtown, PA 19335

610-518-1522

## PROGRAMA DE MANTENIMIENTO DE VIVIENDAS DE PERSONAS DE LA TERCERA EDAD

El Programa de Mantenimiento de Viviendas de personas de la tercera edad, proporciona reparaciones y modificaciones básicas para viviendas de residentes del condado de Chester que tengan 65 años de edad y en adelante, y que sus ingresos sean iguales o menores al 50% del ingreso medio establecido por HUD para el área metropolitana de Filadelfia. El límite es de \$ 6,000.00 para el trabajo a realizarse por cada residencia. Este costo es considerado UNA SOLA VEZ, total regalía. (Grant)

### Requisitos de elegibilidad:

1. Aplicante deberá tener 65 años de edad y en adelante.
2. Aplicante deberá residir en el condado de Chester.
3. El aplicante deberá ser el dueño del inmueble a ser rehabilitado.
4. La propiedad deberá ser la residencia principal del aplicante.
5. El total de ingresos por todos los miembros del hogar deberá ser igual o menor al 50% del ingreso medio establecido por HUD para el área metropolitana de Filadelfia.

### Documentation requerida:

1. Copia de la escritura o título de la propiedad.
2. Copia de los impuestos federales al ingreso o Formulario 1040 incluyendo todos los anexos (o verificación por parte del Servicio de Rentas Internas). Si aun está trabajando, incluya un mes de talonarios del cheque del rol de pagos.
3. Verificación del ingreso del hogar. Incluye copia de la pensión del Seguro social, Estado de Cuenta de Retiro del RR, Seguro de invalidez del trabajador, , Anualidades, Ingreso de arrendamiento, etc. **Todos los ingresos del hogar deberá estar documentada por cada uno de los miembros de su hogar.**
4. Copia de su identificación con foto o su licencia de conducir.
5. Certificado de Nacimiento, o prueba de edad.

Una vez aprobada, basado en la verificación de toda la documentación referida anteriormente, un inspector será enviado a su casa quien evaluará el trabajo a completarse. Si el trabajo excede a \$ 4,500.00 limite máximo, el aplicante tendrá la opción de pagar el costo adicional o aplicar al programa de rehabilitación de vivienda.

Cuando las especificaciones del trabajo son recibidas por HPCC, un contratista será seleccionado para suministrar un licitación por el total del costo de trabajo a realizarse. Si el costo es aprobado por HPCC y el inspector del Proyecto, el propietario de la vivienda y el contratista firmaran el contrato de trabajo y el trabajo procederá.

Todo el trabajo realizado deberá cumplir con los códigos, leyes, regulaciones y requerimientos Locales, Estatales, y Federales. El trabajo será garantizado por el contratista por un periodo de un año a partir de la fecha de la aceptación final.

## **APLICACIÓN PARA EL PROGRAMA DE MANTENIMIENTO DE VIVIENDA DE PERSONAS DE LA TERCERA EDAD**

Por favor complete todas las secciones de esta aplicación y envíenos adjuntando una copia de su escritura o título de propiedad de la Vivienda, su certificado de nacimiento o prueba de que usted tiene 65 años o más, y copias de todo el ingreso recibido en su hogar.

Fecha de la aplicación \_\_\_\_\_

**DIRECCIÓN DEL INMUEBLE:** \_\_\_\_\_

**MUNICIPALIDAD:** \_\_\_\_\_

¿Es esta su principal residencia? \_\_\_ si \_\_\_ no

¿Aparece su nombre en la escritura o título de otra propiedad de bienes raíces?  
\_\_\_ si \_\_\_ no Si la respuesta es sí, liste las propiedades y su ubicación:

---

---

---

---

### **PROPIETARIO DE LA VIVIENDA:**

Nombre \_\_\_\_\_ Seguro Social # \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

teléfono \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_

Nombre de la Esposa \_\_\_\_\_ Seguro Social # \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Discapacitado \_\_\_ si \_\_\_ no

¿Necesita usted modificación de acceso en su vivienda? \_\_\_ si \_\_\_ no

(ejemplo: deslizador de escaleras, modificaciones en su baño, pasamanos)

Grupo Étnico: \_\_\_ Blanco \_\_\_ Negro \_\_\_ Hispano \_\_\_ asiático \_\_\_ Am. Indian/Alaskan

Estado civil: \_\_\_ Casado \_\_\_ Soltero \_\_\_ Viudo \_\_\_ Divorciado \_\_\_ Separado

Número de personas viviendo en la residencia: \_\_\_\_\_

Nombres y relación de las otras personas viviendo en la casa:

Nombre	Edad	Relacion
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

**INGRESO ANNUAL DE SU HOGAR:**  
**INCLUYE INGRESOS DE TODOS LOS QUE VIVEN EN LA RESIDENCIA**

Todo el ingreso será verificado. envíe copias de su pensión de retiro del Seguro Social, Estado de cuenta de retiro de RR, Seguro de invalidez del trabajador, Anualidades, Ingreso de arrendamiento, la última declaración de sus impuestos federales, y si aun trabaja incluya un mes de talones de cheque del roll de pagos. Estados bancarios con transacciones de depósito que evidencia pagos directos son aceptables. Por favor incluya a todos los miembros de su hogar.

**Pagos Mensuales**

1. Ingreso total del Seguro Social y Suplementario  
(Primas de Medicare incluido) \_\_\_\_\_
2. Ingresos totales de pensión, anualidad, beneficios de VA,  
retiro de RR. \_\_\_\_\_
3. Salarios totales, bonos, ingreso por cuenta propia,  
Ingreso en sociedad. \_\_\_\_\_
4. Total de intereses, dividendos, ganancia sobre el capital,  
Premios., et. \_\_\_\_\_
5. Otros ingresos como asistencia pública, desempleo, Seguro  
de incapacidad de empleado, beneficiario de Seguro de  
vida. \_\_\_\_\_

**TOTAL DE INGRESO MENSUAL:** \$ \_\_\_\_\_

## Información de aseguranza

¿Tiene usted Seguro de dueño de casa? \_\_\_\_\_ si \_\_\_\_\_ no

compañía de seguros: \_\_\_\_\_

dirección: \_\_\_\_\_

póliza Numero \_\_\_\_\_

¿Esta su impuesto a la propiedad al día? \_\_\_\_\_ si \_\_\_\_\_ no

permitiría usted que un inspector profesional entre en su casa y evalúe el trabajo que deba hacerse? si \_\_\_\_\_ no \_\_\_\_\_

Yo / Nosotros estamos de acuerdo que la información yo / nosotros proveemos en esta aplicación es verdadera y correcta a lo mejor de nuestro conocimiento. Yo / Nosotros entendemos que la aprobación al programa por parte de HPCC, está sujeto a la verificación de toda la información proporcionada.

Firma del aplicante: \_\_\_\_\_

Firma de la esposa: \_\_\_\_\_

**¿Nos permitiría usted que nosotros usemos su nombre y fotos de su casa con propósito de publicidad?**

\_\_\_\_\_ si \_\_\_\_\_ no

## **AUTORIZACION PARA TENER ACCESO A LA INFORMACION**

A QUIEN INTERESE:

Yo, \_\_\_\_\_, Por la presente autorizo a usted compartir la información confidencial acerca de mí y de mi miembro familiar. \_\_\_\_\_, to the **HOUSING PARTNERSHIP OF CHESTER COUNTY, 41 W. Lancaster Avenue, Downingtown, PA 19335**. Yo entiendo que la información que será revelada será usada para determinar mi elegibilidad para participar en el programa de Mantenimiento de viviendas de personas de la tercera edad.

Esta forma será válida por:

**UN AÑO A PARTIR DE LA FECHA DE AUTORIZACION.**

Gracias por su cooperación en este asunto.

**Firma:** \_\_\_\_\_

**dirección:** \_\_\_\_\_

**Fecha** \_\_\_\_\_

SI USTED NECESITA AYUDA LLENANDO ESTA APLICACIÓN, O SI TIENE  
ALGUNA PREGUNTA, POR FAVOR LLAME A JOY JOHNSON AT 610-518-1522.  
HOUSING PARTNERSHIP OF CHESTER COUNTY  
41 W. LANCASTER AVENUE  
DOWNTOWN, PA 19335

