

HOJA DE TRABAJO DEL OCUPANTE – SOLICITUD DE INSCRIPCION DEL LEAD-SAFE HOMES PROGRAM OCCUPANT WORKSHEET – LEAD-SAFE HOMES PROGRAM APPLICATION

Dirección de la propiedad	
Nombre del propietario o arrendador	Número de teléfono

La información que proporcione en este formulario es necesaria para determinar si la propiedad en la dirección indicada anteriormente cumple los requisitos del Lead-Safe Homes Program y no se compartirá con el propietario ni el arrendador de la propiedad (en el caso de una propiedad de alquiler). Las solicitudes incompletas pueden resultar en retrasos significativos en la determinación de elegibilidad o impedir la inscripción en el programa.

Nota: Si elige enviar por correo electrónico su solicitud completa, es posible que la información personal que usted proporcione no esté completamente protegida o no sea confidencial. Solo considere enviar por correo electrónico su solicitud completa si su proveedor de correo electrónico ofrece opciones de correo electrónico cifrado o seguro. Si necesita ayuda para completar esta solicitud o tiene preguntas, llame al 608-267-9191 o envíe un correo electrónico a DHSLeadSafe@wi.gov.

El Department of Health Services de Wisconsin (DHS de WI) no discrimina a ninguna persona o grupo por motivos de raza, sexo, religión, edad, origen nacional, color, estado civil, discapacidad o creencia política.

Parte 1: OCUPANTES Y VISITANTES REGULARES – Incluya los nombres y las fechas de nacimiento de todos los ocupantes o "visitantes regulares*" y llene las respuestas para cada uno. Agregue un formulario adicional si hay más de seis ocupantes o "visitantes regulares".

Para evitar retrasos, escriba con claridad.

Ocupante o visitante regular* Nombre, segundo nombre, apellido	Fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa)	¿Está embarazada?	¿Está inscrito en Medicaid o BadgerCare Plus?	¿Sabe si tiene asma?	¿Estuvo en la sala de emergencias en el último año debido al asma?	¿Ocupante o visitante regular*?	Hispano o latino	Raza: A – Asiático B – Negro W – Blanco I – Indio Americano o de Alaska O – Otra
		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Ocupante <input type="checkbox"/> Visitante	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No				
		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Ocupante <input type="checkbox"/> Visitante	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No				
		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Ocupante <input type="checkbox"/> Visitante	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No				
		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Ocupante <input type="checkbox"/> Visitante	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No				
		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Ocupante <input type="checkbox"/> Visitante	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No				
		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Ocupante <input type="checkbox"/> Visitante	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No				

*Un "visitante regular" es alguien que visita dos o más veces a la semana durante al menos 3 horas cada vez que visita, o al menos 60 horas al año.

Parte 2: ACUERDOS Y FIRMA**Al firmar a continuación,**

1. Autorizo al Lead-Safe Homes Program (LSHP) del Department of Health Services de Wisconsin (DHS de WI) y a las personas designadas por ellos a obtener información sobre los beneficios de Medicaid o BadgerCare Plus y los resultados de laboratorio de plomo en sangre del DHS de WI para los ocupantes o las personas que visitan regularmente indicadas en la Parte 1 y a compartir estos resultados de manera confidencial con los representantes autorizados del programa.
2. Estoy de acuerdo en cooperar plenamente con cualquier investigación relacionada con plomo y trabajo de reducción de plomo que se lleve a cabo en la propiedad como parte del LSHP.
3. Reconozco que puedo ser reubicado durante el trabajo de reducción del riesgo de plomo y seré responsable de cualquier imprevisto y tarifas por mascotas durante ese tiempo y acepto seguir las reglas relacionadas con la reubicación y las instalaciones donde nos reubicamos.
4. Reconozco que se me pedirá que traslade mis artículos personales fuera del área de trabajo a una cápsula / unidad de almacenamiento suministrada por el programa antes del comienzo del trabajo de control de riesgos de plomo. Si esto no se hace, reconozco que habrá retrasos en el inicio de los trabajos o la solicitud de la propiedad puede ser retirada.
5. Verifico que las respuestas proporcionadas en esta solicitud sean precisas a mi leal saber y entender y entiendo que proporcionar información falsa puede ser motivo para que el DHS de WI o el LSHP nieguen la participación o inicien acciones legales para recuperar los costos del proyecto.
6. Reconozco y acepto que mi propiedad no es responsabilidad del DHS de WI ni del LSHP, y que el DHS de WI no es responsable de los daños a la propiedad real o personal, incluidos los daños debidos a robo o incendio.

Escriba en letra de molde el nombre del ocupante	FIRMA: Ocupante	Fecha de la firma
--	------------------------	-------------------

Envíe esto por correo al **Department of Health Services, Lead-Safe Homes Program, 201 E. Washington Ave., Room E100, PO Box 2659, Madison, WI 53701-2659** o a nuestro número de fax confidencial 608-223-7702.