# MANUAL
# PROGRAMA DE SERVICIO PÚBLICO EN RESPUESTA AL COVID-19

**Community Development Block Grant, Asignación del Estado**

# CDBG-CV

DEPARTMENT OF HOUSING
Government of Puerto Rico

## ENMIENDAS AL MANUAL

Este Manual está sujeto a cambio, de acuerdo con la reglamentación que publique el Departamento Federal de la Vivienda y Desarrollo Urbano (HUD, por sus siglas en inglés), para efectos del uso de los fondos CDBG-CV, y las políticas que promulgue el DVPR, en virtud de estos. Las enmiendas al manual serán publicadas por el Departamento y se registrarán en la tabla que sigue.

| NÚMERO DE VERSIÓN DEL MANUAL | FECHA | DESCRIPCIÓN BREVE DE LA ENMIENDA |
|---|---|---|
| Versión 1 | 10-nov-2020 | Versión original del manual. |
| Versión 2 | 10-feb-2021 | Pago de Emergencia - Compra de Alimentos. Se incluyó formulario para los vales, identificado como: **DVCV-SP-009A**. |
| Versión 3 | 22-abril-2022 | Inclusión de ítems para que solicitantes provean información adicional sobre sus ingresos en Hoja de Solicitud Para Otros Programas De Servicio Público **(Formulario DV-CV-SP-010)** y Hoja de Solicitud para Pagos de Emergencia **(Formulario DVCV-SP-002)**. Añadir Sección de Cumplimiento Ambiental en los requisitos del Programa y Hoja de Registro para Actividades de Área-Beneficio **(Formulario DV-CV-SP-014)** en el Anejo B. Renumerar anejo "Hoja de Vale Compra de Alimentos" a **(Formulario DV-CV-SP-015)**, colocarla en el Anejo A e incluirle ítems para información adicionales sobre cantidades. |

| NÚMERO DE VERSIÓN DEL MANUAL | FECHA | DESCRIPCIÓN BREVE DE LA ENMIENDA |
|---|---|---|
| | | Eliminar como requisito de elegibilidad no estar en atrasos a febrero de 2020, en el programa de pagos de emergencia para los conceptos de pago de agua y luz.<br><br>Aclaración sobre la edad para cualificar a un adulto mayor o envejeciente. |
| Versión 4 | 2-febrero-2023 | Aclaración sobre la edad para cualificar a un adulto mayor o envejeciente.<br><br>Aclaración de normas del Programa de Pagos de Emergencia (hasta por seis meses consecutivos y por uno o más conceptos; cualificación de participantes por Presunción IBM; se elimina como requisito de elegibilidad no estar en atrasos a febrero de 2020, para todos los conceptos).<br><br>Añadir actividad de "Adquisición de baterías con placas solares portátiles para su recarga". Incluir Acuerdo de Participación en Proyecto de Servicio Público - Batería con Placas Solares Portátiles para su Recarga (Formulario DV-CV-SP-016). |

## TABLA DE CONTENIDO


INTRODUCCIÓN ..... 1
PROPÓSITO ..... 3
LEYES, REGLAMENTOS Y NORMAS APLICABLES ..... 3
DEFINICIONES ..... 4
RESPONSABILIDADES DEL DVPR ..... 4
ACCIONES Y RESPONSABILIDADES A NIVEL DEL MUNICIPIO ..... 5
COVID-19 ..... 6
OTROS REQUISITOS APLICABLES A LOS PROGRAMAS DE SERVICIO PÚBLICO .... 59
PROHIBICIÓN DE DUPLICIDAD DE BENEFICIOS ..... 59
ADQUISICIÓN DE BIENES Y SERVICIOS ..... 59
CUMPLIMIENTO AMBIENTAL ..... 60
REQUISITOS DE DOCUMENTACIÓN Y MANEJO DE EXPEDIENTES ..... 60
MONITORÍA ..... 61
PROCESO GENERAL DE MONITORÍA ..... 61
ANEJOS ..... 63
ANEJO A: DOCUMENTOS RELACIONADOS AL PROGRAMA DE PAGOS DE EMERGENCIA ..... 64
CERTIFICACION CUMPLIMIENTO CON NORMAS Y REGULACIONES EN LOS MANUALES (FORMULARIO DV-CV-SP-001) ..... 65
HOJA DE SOLICITUD PARA PAGOS DE EMERGENCIA PARA ATENDER LAS NECESIDADES DE PERSONAS O FAMILIAS AFECTADAS DIRECTA O INDIRECTAMENTE POR EL CORONAVIRUS (FORMULARIO DV-CV-SP-002) ..... 66
HOJA DE DOCUMENTOS REQUERIDOS PARA PAGOS DE EMERGENCIA PARA ATENDER LAS NECESIDADES DE PERSONAS O FAMILIAS AFECTADAS DIRECTA O INDIRECTAMENTE POR EL CORONAVIRUS (FORMULARIO DV-CV-SP-003) ... 76
CERTIFICACIÓN DE DISCAPACIDAD (FORMULARIO DV-CV-SP-004) ..... 77
HOJA DE CERTIFICACIÓN SOBRE NO DUPLICIDAD DE BENEFICIOS (FORMULARIO DV-CV-SP-005) ..... 80
HOJA DE CERTIFICACIÓN DE DEUDA POR CONCEPTO DE ALQUILER (FORMULARIO DV-CV-SP-006) ..... 82
HOJA DE CERTIFICACIÓN DE ELEGIBILIDAD Y CUMPLIMIENTO DEL PARTICIPANTE (FORMULARIO DV-CV-SP-007) ..... 83
MODELO CONVENIO DE SERVICIOS (FORMULARIO DV-CV-SP-008) ..... 83

HOJA DE VALE PARA COMPRA DE ALIMENTOS (FORMULARIO DV-CV-SP-015) ..... 85
INFORME TRIMESTRAL DE ASISTENCIA PROVISTA (FORMULARIO DV-CV-SP-009) ..... 86
ANEJO B: DOCUMENTOS RELACIONADOS A OTROS PROGRAMAS DE SERVICIO PÚBLICO ..... 88
CERTIFICACION CUMPLIMIENTO CON NORMAS Y REGULACIONES EN LOS MANUALES (FORMULARIO DV-CV-SP-001) ..... 89
HOJA DE SOLICITUD PARA OTROS PROGRAMAS DE SERVICIO PÚBLICO (FORMULARIO DV-CV-SP-010) ..... 90
HOJA DE DOCUMENTOS REQUERIDOS PARA OTROS PROGRAMAS DE SERVICIO PÚBLICO (FORMULARIO DV-CV-SP-011) ..... 98
CERTIFICACIÓN DE DISCAPACIDAD (FORMULARIO DV-CV-SP-004) ..... 100
CERTIFICACIÓN SOBRE CUMPLIMIENTO CON DUPLICIDAD DE BENEFICIOS (FORMULARIO DV-CV-SP-005) ..... 103
CERTIFICACIÓN DE ELEGIBILIDAD Y CUMPLIMIENTO DEL PARTICIPANTE (FORMULARIO DV-CV-SP-007) ..... 105
AUTO-CERTIFICACIÓN PARA OTROS PROMAMAS DE SERVICIO PÚBLICO (FORMULARIO DV-CV-SP-012) ..... 106
MODELO CONVENIO DE SERVICIOS (FORMULARIO DV-CV-SP-008) ..... 107
INFORME TRIMESTRAL DE ASISTENCIA PROVISTA OTROS PROGRAMA DE SERVICIO PÚBLICO COVID-19 (FORMULARIO DV-CV-SP-013) ..... 108
HOJA DE REGISTRO (FORMULARIO DV-CV-SP-014) ACTIVIDADES DE ÁREA-BENEFICIO EN EL CONTEXTO DEL COVID-19 Alternativa A ..... 109
HOJA DE REGISTRO (FORMULARIO DV-CV-SP-014) ACTIVIDADES DE ÁREA-BENEFICIO EN EL CONTEXTO DEL COVID-19 Alternativa B MEMORANDO DE SERVICIOS PROVISTOS EN ÁREA BENEFICIO ..... 112
ACUERDO DE PARTICIPACIÓN EN PROYECTO DE SERVICIO PÚBLICO - BATERÍA CON PLACAS SOLARES PORTÁTILES PARA SU RECARGA (FORMULARIO DV-CV-SP-016) ..... 113
ANEJO C: MODELO DE HOJA DE MONITORÍA DE OBJETIVO NACIONAL DE CLIENTELA LIMITADA O DE ÁREA BENEFICIO ..... 115

## INTRODUCCIÓN

El 27 de marzo de 2020, el Gobierno de los Estados Unidos promulgó la Ley Pública 116-13, Ley de Ayuda, Alivio y Seguridad Económica por el Coronavirus (Ley CARES/CARES, por sus siglas en inglés), para enfrentar los efectos de la pandemia de COVID-19.

Dentro de las asignaciones de la Ley CARES se aprobaron $5,000 millones en fondos correspondientes al Programa *Community Development Block Grant* (en adelante, **CDBG-CV**), para ser distribuidos por el Departamento Federal de la Vivienda y Desarrollo Urbano (**HUD**, por sus siglas en inglés), entre las jurisdicciones elegibles. Esto para prevenir, prepararse y responder al coronavirus o COVID-19.

Como parte de los procesos de distribución de estos fondos, el Gobierno de Puerto Rico ha recibido tres asignaciones una asignación de **$14,024,199.00** para ser distribuidos a los municipios non-entitlement [1] , **$11,613,814.00** para ser distribuidos a los municipios non-entitlement y entitlement [2] y una tercera asignación de **$7,540,908** para ser distribuida a los municipios non-entitlement. Estas asignaciones de fondos CDBG-CV para Puerto Rico serán manejadas por el Departamento de la Vivienda de Puerto Rico (DVPR).

Acceda la información de las asignaciones en el siguiente enlace:

https://www.hud.gov/program_offices/comm_planning/budget/fy20

Con el propósito de distribuir las asignaciones, el **DVPR** utilizó la fórmula establecida en la Ley Núm. 137-2014, según enmendada. Así, los fondos se

[1] Municipios definidos por la legislación y reglamentación aplicable como aquellos con menos de 50,000 habitantes.

[2] Municipios definidos por la legislación y reglamentación aplicable como aquellos con más de 50,000 habitantes.

asignaron de manera equitativa a todos municipios, con excepción de los municipios de Vieques y Culebra, que recibieron un 15% adicional. El DVPR, como administrador del Programa Estatal de CDBG, reservó el 3% de las primeras dos asignaciones y el 2% de la tercera asignación, para efectos de atender gastos de administración. Mientras que los municipios podrán utilizar hasta 10% de la primera y segunda asignación para gastos administrativos. De acuerdo con las normas publicadas para efectos de CDBG-CV, los fondos podrán utilizarse para aquellas actividades dirigidas a la preparación, prevención y respuesta al COVID-19. Es decir, aquellas actividades que vayan dirigidas a:

- **preparar a la comunidad, en particular personas de ingresos bajos y moderados, para prevenir el COVID-19 y sus posibles efectos;**
- **prevenir nuevos contagios o la propagación del virus; y**
- **responder o atender las repercusiones en la salud, sociales y económicas de la pandemia.**

Por tanto, no se limita a actividades dirigidas a personas que han contraído el virus, sino también aquellas en riesgo de contraerlo y aquellos impactos indirectos, como, por ejemplo, la pérdida de empleo o disminución de ingresos, producto de la pandemia.

Como parte de las actividades que podrán implementar los municipios con los fondos CDBG-CV se encuentran las actividades de Servicio Público, las cuales no serán sujetas al límite de 15% de la asignación de los fondos CDBG regulares. Este manual contiene las guías para el desarrollo y operación de los programas de servicio público. En el caso de los programas de Auxiliares del Hogar, los municipios deberán asegurar que se llevan a cabo en conformidad con el Manual para la Guía Operacional para el Servicio de Auxiliares en el Hogar, revisado a mayo de 2019.

## PROPÓSITO

El propósito de este Manual de Procedimientos es establecer los parámetros que regirán los Programas de Servicio Público a ser implementados por los municipios.

Los municipios deberán llevar a cabo el procedimiento aquí establecido para poder proveer la asistencia y requisar los fondos del Programa.

## LEYES, REGLAMENTOS Y NORMAS APLICABLES

Estas guías se promulgan en conformidad con las siguientes leyes y reglamentos:

1. Ley de Ayuda, Alivio y Seguridad Económica por el Coronavirus, Ley Pública Num.116-136), Título XII, Sección B
2. Ley de Alivio, Emergencia y Asistencia, Robert T. Stafford Ley Pública Núm. 100-707, según enmendada
3. Ley de Vivienda y Desarrollo Comunitario de 1974, según enmendada, Sección 105(a)(22)
4. Notificación del Registro Federal FR-6218-N-0, Notice of Program Rules, Waivers, and Alternative Requirements Under the CARES Act for Community Development Block Grant Program Coronavirus Response Grants, Fiscal Year 2019 and 2020 Community Development Block Grants, and for Other Formula Programs
5. 24 CFR 570, Subparte I
6. 2 CFR 200
7. Otras normas, flexibilidades o requisitos alternos promulgados por el Gobierno Federal y Local, según aplicables.

## DEFINICIONES

**Familia -** Todas las personas que residen en una vivienda y son familiares por nacimiento, matrimonio o adopción.

**Ingresos -** Los recipientes de fondos CDBG, en este caso el estado, pueden seleccionar cualquiera de las tres definiciones de ingreso enumeradas en la reglamentación en el 24 CFR § 570.3, con excepción de las actividades cuyo objetivo nacional se determina a través de "área beneficio". Las tres definiciones de ingreso son: (1) Ingreso anual según definido por el Programa de Sección 8; (2) Ingreso anual según reportado en el Censo (formulario largo) /American

Community Survey; o (3) Ingreso bruto ajustado según definido por el IRS en el Formulario 1040. El DVPR utilizará la primera de estas para propósitos de los programas a los cuales aplique.

**Participante -** Persona que solicita el servicio, cumple con los criterios de elegibilidad y estará recibiendo el servicio público.

**Personas de ingresos bajos o moderados** (LMI por sus siglas en inglés) - Familia con un ingreso anual menor al límite de ingreso bajo de Sección 8, por lo general el 80% del ingreso mediano del área, según establecido por el Departamento de la Vivienda y Desarrollo Urbano (HUD, por sus siglas en inglés).

**Límites de ingreso 2020:**
https://www.huduser.gov/portal/datasets/il.html.

**Solicitante** – Persona que solicita el servicio público y pasa por un proceso de cualificación que inicia con completar una solicitud.

## RESPONSABILIDADES DEL DVPR

1. Asesorar y adiestrar al personal de Programas Federales de los municipios participantes en todo lo relacionado al Programa y su implantación.

2. Aprobar toda requisición que cumpla con los criterios establecidos y referirla para el pago correspondiente.

3. Monitorear el cumplimiento mediante visitas seguimiento y otros procesos de monitoría, según establecido en su plan de trabajo y las guías emitidas por HUD.

## ACCIONES Y RESPONSABILIDADES A NIVEL DEL MUNICIPIO

1. Realizar esfuerzos de divulgación y orientación del Programa.

2. Designar un Coordinador de Servicios para el Programa a ser implementado por el Municipio, quien evaluará las solicitudes de asistencia, según aplique, tomando en consideración el cumplimiento con los requisitos, la necesidad del servicio y la condición económica del individuo o familia a ser beneficiado para determinar elegibilidad.

3. Asegurar y mantener la documentación correspondiente, según aplique, para evidenciar que los fondos se utilizan para los propósitos expuestos por el Municipio y que se utilizan para actividades elegibles en preparación, prevención y respuesta al COVID-19 y en cumplimiento con un objetivo nacional.

4. Asegurar que los fondos son utilizados para cubrir gastos elegibles, razonables en cumplimiento con los requisitos administrativos emitidos por la Oficina de Gerencia y Presupuesto Federal (2 CFR 200, Sub-parte E)[3].

5. Cumplir con las normas aplicables a atender conflictos de interés. El Municipio conoce y entiende que toda relación de servicios puede dar paso a un conflicto de intereses. De surgir lo anterior, o si el municipio

[3] En conformidad con la reglamentación mencionada, se consideran costos razonables: (1) aquellos que no exceden los que incurriría una persona prudente y razonable; (2) son generalmente costos ordinarios y necesarios; (3) son costos reconocidos por las buenas prácticas de negocios y donde la negociación es sincera y libre de conflictos; (4) son costos a precio de mercado para bienes y servicios similares.

recibe una solicitud por parte de cualquier empleado(a) o algún pariente de dichos empleados(as), para ser beneficiario de este Programa, deberá obtenerse la dispensa correspondiente, a tenor con las disposiciones establecidas en la Ley Núm. 1-2012, según enmendada, conocida como "Ley de Ética Gubernamental", la reglamentación codificada en el 24 CFR § 570.489(h)(4) y el Memorando Circular Núm. 2015-10 titulado "Normas Éticas, Conflicto de Interés y Solicitud de Dispensa para los Fondos CDBG y Programas Relacionados", publicado por la Oficina del Comisionado d Asuntos Municipales y adoptado por el Departamento de la Vivienda de Puerto Rico.

6. Tomar aquellas medidas necesarias para asegurar que no se discrimina contra los posibles participantes del Programa por motivo de raza, color, religión, origen, sexo o incapacidad.

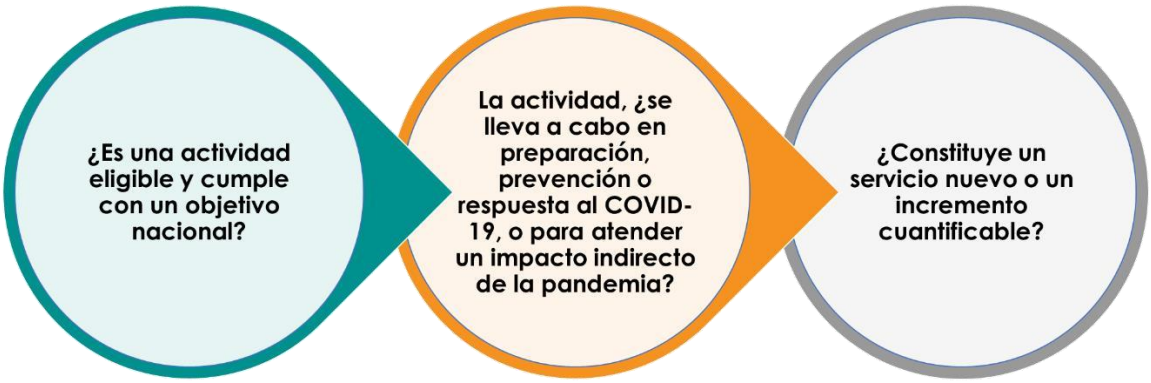
## DESCRIPCIÓN DE LOS PROGRAMAS DE SERVICIO PÚBLICO EN RESPUESTA AL COVID-19

La sección siguiente incluye una descripción de los programas de servicio público que podrá implementar el Municipio con la subvención CDBG-CV. Los ocho programas desarrollados por el Departamento de la Vivienda de Puerto Rico contemplan diversas maneras de atender la preparación, prevención y respuesta al COVID-19, dirigido a poblaciones de ingresos bajos y moderados. Será permisible llevar a cabo cualquier otra actividad además de las contempladas en estos programas, siempre y cuando se realice en consulta y se cuente con la aprobación del DVPR.

### *Programas de Servicio Público Desarrollados por el Departamento de la Vivienda*

Para cada Programa se incluyen: las actividades o descripción del programa, requisitos de elegibilidad de los participantes de la actividad, objetivo nacional, proceso de evaluar a los candidatos y otras normas aplicables.

Es importante que, independientemente del programa o la actividad de servicio público que implementará el Municipio, antes de su implementación se determine si se cumple con **los siguientes tres (3) requisitos**:



**Elegibilidad de la actividad y cumplimiento con objetivo nacional[4]:** es una actividad elegible, bajo la categoría de servicio público de CDBG y no constituye una de las actividades prohibidas en la reglamentación. El Departamento de la Vivienda solo autorizará el uso de los fondos en costos directos, es decir, aquellos que están atados y tiene una relación directa con la actividad.

Los siguientes son ejemplos de **usos no elegibles de acuerdo con la reglamentación aplicable:**

- Gastos relacionados a la operación regular del gobierno
- Actividades políticas
- Actividades religiosas

De ordinario, la compra de bienes y equipo personales no es una actividad elegible de CDBG. Sin embargo, la reglamentación contenida en el 24 CFR 570.207(b)(1) (utilizada de guía por los estados), permite comprar o pagar la depreciación de equipo de acuerdo con el 2 CFR parte 200, subparte E, cuando sea necesario o constituyan todo o parte de un servicio público. Algunos ejemplos en el caso de los fondos CDBG-CV incluyen: ventiladores u otro equipo y suministros médicos, unidad móvil o vehículo equipado con equipo médico para prestar atención de la salud, entre otros.

**Relación con COVID-19:** es una actividad que se lleva a cabo en preparación, prevención o respuesta al COVID-19, o para atender un efecto indirecto de la pandemia.

**Aumento o actividades nuevas:** Al igual que en las actividades de servicio público llevadas a cabo con fondos regulares de CDBG, los fondos sólo podrán utilizarse para aquellas actividades de servicio público que sean nuevas o que representen un aumento cuantificable por encima del nivel de un servicio existente que haya sido prestado por el Municipio o en su nombre en los 12 meses

[4] Según se explica más adelante, el Municipio podrá seleccionar entre cuatro maneras de documentar el objetivo nacional de clientela limitada, para algunas de las actividades. De seleccionar el modo de cumplimiento a base de la provisión del beneficio al menos al 51% de personas de ingresos bajos y moderados, podrá proveer el servicio aun cuando los ingresos anuales de la familia sobrepasen los límites. Esto, siempre y cuando asegure que entre todos sus participantes cumple con el 51% de beneficio a personas de ingresos bajos y moderados.

calendarios previos a la presentación del plan de acción, a menos que se determine que la interrupción de esos servicios fue el resultado de acontecimientos que no están bajo el control del Municipio.

A continuación, los programas e información sobre los usos elegibles:

| **Programa** | **Pagos de emergencia para atender las necesidades de personas o familias afectadas directa o indirectamente por el coronavirus** |
|---|---|
| **Código HUD:** | **05Q** |
| **Descripción:** | El Programa de pagos de emergencia, va dirigido a atender las necesidades de familias afectadas directa o indirectamente por el COVID-19.<br><br>**Las nuevas directrices de este Programa aplicarán a partir de la publicación de la Versión 4 de este Manual (verificar Tabla de Enmiendas al inicio del Manual).**<br><br>Los pagos se podrán realizar para la compra de:<br>• **Alimentos** (compra del hogar);<br>• **Alquileres en atraso**, siempre y cuando sea su vivienda principal.;<br>• **Hipotecas en atraso**, siempre y cuando la hipoteca sea de su vivienda principal o<br>**Utilidades en atraso**, siempre y cuando las mismas son de su unidad de vivienda principal.<br><br>**Se podrá otorgar la asistencia a los participantes que cualifiquen, hasta un máximo de seis meses consecutivos, siempre y cuando las cantidades no excedan los topes establecidos por mes.**<br>Los pagos de emergencia no se podrán hacer directamente al individuo o a la familia. Deben hacerse al proveedor de esos |

| Programa | Pagos de emergencia para atender las necesidades de personas o familias afectadas directa o indirectamente por el coronavirus |
|---|---|

artículos o servicios, a nombre de esa persona o familia por ejemplo, pagos directamente a un banco o arrendador, para poner al día una hipoteca.

No se proveerán pagos que estuvieran en atraso previo a marzo de 2020.

Las familias podrán solicitar asistencia para **uno o varios** conceptos de gastos, bajo una misma solicitud. Si el participante recibió ayuda, previamente, bajo este programa de pagos de emergencia, por cualquier concepto, no podrá recibir ayuda adicional, por ningún otro concepto. No obstante, haber recibido asistencia a través de este programa no es una restricción, para solicitar otro tipo de asistencia bajo el Programa CDBG y sus variantes.

La asistencia mensual a ser otorgada para esos conceptos está sujetas a los límites siguientes:

| **Concepto de pago** | **Máximo[5]** |
|---|---|
| Pagos de Hipoteca | Monto del pago mensual de la hipoteca, hasta un **máximo de $1,000.00 por mes.** |

[5] Para efectos de establecer las cantidades máximas a subvencionar a las familias, se utilizaron diversas fuentes de información, incluyendo: consumo de agua y energía eléctrica para una familia promedio, y costos de tarifas básicas; promedio de gastos de hipoteca para una unidad de hasta$170,000, promedio de gastos de compra según los datos públicos más recientes de la Radiografía del Consumidor, publicado por MIDA; HUD's FMRs.

| Programa | Pagos de emergencia para atender las necesidades de personas o familias afectadas directa o indirectamente por el coronavirus |
|---|---|
| | |

| | |
|---|---|
| | Los pagos deberán ir dirigidos al pago de principal e intereses, no a cubrir depósito a cuentas de depósito en garantía("escrow"), multas, recargos o penalidades. |
| Pagos de Renta | Monto del pago mensual de renta hasta un máximo de la Renta Justa en el Mercado (Fair Market Rent), para esa Área, según publicadas en:<br>https://www.huduser.gov/portal/datasets/fmr.html<br><br>El año de la tabla a utilizar dependerá de la fecha de la solicitud del participante y la fecha de efectividad de la publicación de HUD para el año correspondiente. |
| Pagos de Energía Eléctrica | Monto del pago mensual adeudado, hasta un **máximo de $350.00, por mes.**<br>Los pagos deberán ir dirigidos al pago del gasto mensual y la porción del plan de pago, si alguno, no a cubrir multas, penalidades o recargos. |
| Pagos de Agua | Monto del pago mensual adeudado hasta un **máximo de $200.00, por mes.**<br>Los pagos deberán ir dirigidos al pago del gasto mensual y la porción del plan de pago, si alguno, no a cubrir multas, penalidades o recargos. |

<table>
<tr><td>Programa</td><td>Pagos de emergencia para atender las necesidades de personas o familias afectadas directa o indirectamente por el coronavirus</td></tr>
<tr><td></td><td>
<table>
<tr><td>Vales para la Compra de Alimentos[6]</td><td>Hasta un máximo de $200.00, por cada persona del componente familiar, por mes.<br><br>El vale de comida, será entregado al participante, no obstante el pago del reembolso, por el uso del vale, se hará emitido directamente al comerciante, siempre y cuando cumpla con los requisitos establecidos en este manual.</td></tr>
</table>
</td></tr>
<tr><td>Objetivo Nacional:</td><td>LMC- Clientela limitada a personas de IBM<br><br>Para efectos de este programa, el Municipio podrá demostrar el cumplimiento con este objetivo nacional de la siguiente manera:<br><br>1. 100% IBM – la totalidad de los participantes a los que brinda servicios el Programa son personas de ingresos bajos o moderados.<br>2. Presunción de IBM – el programa sirve exclusivamente a una clientela que se presume de ingresos bajos y moderados y, por lo tanto, deberá contar con información en los expedientes que demuestre que pertenece a una de las poblaciones siguientes. El Municipio debe asegurar que solicita las evidencias correspondientes al momento de la solicitud del participante.</td></tr>
</table>

[6] Si el Municipio decide otorgar vales para la compra de alimentos, deberá llevar a cabo un proceso para proveer la oportunidad a todos los supermercados o establecimientos de venta de frutas o vegetales en el municipio de ser comercios elegibles para realizar las compras. A partir de dicho proceso, el Municipio deberá establecer acuerdos de colaboración con los supermercados o establecimientos interesados.

| Programa | Pagos de emergencia para atender las necesidades de personas o familias afectadas directa o indirectamente por el coronavirus |
|---|---|
| | a. envejecientes (62 años o más) (certificado de nacimiento, licencia o identificación oficial donde se pueda identificar la edad) o<br>b. personas con impedimentos severos (certificación de discapacidad (Formulario DV-CV-SP-004) o evidencia del Seguro Social de que el participante está incapacitado)<br><br>Por proyecto, el Municipio deberá seleccionar uno de estos dos métodos para documentar cumplimiento con objetivo nacional.<br><br>El Municipio deberá mantener copia de las solicitudes de servicio (incluyendo evidencias correspondientes) y la lista de asistencia o registro para servicios, certificación de servicios provistos, o cualquier otro documento que ayude a demostrar la provisión del servicio. |
| **Proceso de evaluación de solicitudes** | 1. Antes de aprobar cualquier asistencia bajo el Programa, el Municipio debe requerir al solicitante:<br>• Completar la Solicitud para el Programa (**Anejo A**)<br>• Completar la Hoja de Certificación de No Duplicidad de Servicios<br>• Entregar todos los documentos complementarios.<br>2. El personal del Municipio deberá evaluar la solicitud y asegurarse que la familia cualifica, de acuerdo con el modo de documentación y cumplimiento con objetivo nacional de |

| Programa | Pagos de emergencia para atender las necesidades de personas o familias afectadas directa o indirectamente por el coronavirus |
|---|---|
| | clientela limitada que haya seleccionado el Municipio, y que cumple con otras normas asociadas al Programa.<br><br>3. Una vez el Municipio complete el proceso arriba indicado y el solicitante cumpla con todos los requisitos, este será certificado elegible por el Municipio. A esos efectos, se cumplimentará el formulario "Certificación de Elegibilidad y Cumplimiento", firmada por el Director de Programas Federales o coordinador del servicio, el cual se someterá a la DVPR conjuntamente con los otros documentos requeridos, manteniendo copia del expediente en el municipio. Debido al alto nivel de necesidad, se recomienda que el Municipio otorgue las ayudas según el orden de las solicitudes. Sin embargo, el Municipio podrá establecer otros requisitos de acuerdo con las condiciones o necesidades en su jurisdicción.<br><br>4. Una vez haya cumplido con los pasos 1 al 3, el Municipio podrá requisar los fondos al DVPR. |
| **Proceso para requisar fondos** | Los siguientes documentos tienen que incluirse junto con la requisición de fondos que el Municipio envíe al DVPR **al cualificar al participante por 100% IBM**, para la otorgación de las subvenciones:<br><br>1. Hoja de Requisición<br>2. Hoja de "Checklist" de CV, para la categoría de Servicio Público correspondiente<br>3. Hoja de Solicitud para el Programa. |

| Programa | Pagos de emergencia para atender las necesidades de personas o familias afectadas directa o indirectamente por el coronavirus |
|---|---|

4. Copia de una identificación con foto y firma de los participantes.
5. Copia de la "Certificación de Elegibilidad y Cumplimiento", manteniendo el original en el expediente del municipio
6. Copia de las planillas de contribución sobre ingreso, Forma SSA-1099 "*Social Security Benefits Statement*" del seguro social, estado de cuenta de los pasados tres meses o cualquier otra evidencia oficial que haya sido evaluada para documentar los ingresos de los solicitantes.
7. Evidencia de atraso con el servicio o bien solicitado. En el caso de solicitar para compra de alimentos, proveerá un listado de participantes que incluya: nombre del participante, nombre del comerciante (supermercado), fecha del vale (mes), número de vale y cantidad. (Solicitar modelo al Técnico de Presupuesto, asignado a su Municipio)

En el caso de cualificar al participante, en cumplimiento con **Objetivo Nacional por PRESUNCIÓN**, enviará, solamente, los siguientes documentos:

1. Hoja de Requisición
2. Hoja de "Checklist" de CV, para la categoría de Servicio Público correspondiente
3. Evidencia para cumplimiento con Objetivo Nacional:

| Programa | Pagos de emergencia para atender las necesidades de personas o familias afectadas directa o indirectamente por el coronavirus |
|---|---|

a. envejecientes (62 años o más) - certificado de nacimiento, licencia o identificación oficial donde se pueda identificar la edad.
b. personas con impedimentos severos - certificación de discapacidad (Formulario DV-CV-SP-004) o evidencia del Seguro Social de que el participante está incapacitado.

4. Evidencia de atraso con el servicio o bien solicitado. En el caso de solicitar para compra de alimentos, proveerá un listado de participantes que incluya: nombre del participante, nombre del comerciante (supermercado), fecha del vale (mes), número de vale y cantidad. (Solicitar modelo al Técnico de Presupuesto, asignado a su Municipio)

Además, el Municipio deberá completar la requisición según los procesos establecidos por la reglamentación aplicable al desembolso de fondos CDBG.

Una vez el DVPR apruebe la requisición, notificará al Municipio sobre la aprobación del pago y emisión de la transferencia, para que el Municipio pueda – a su vez - emitir el pago correspondiente al proveedor de servicios del participante. Es importante recalcar, que los pagos no se podrán hacer directamente a los participantes, sino al proveedor de los servicios. En cuanto a los vales para alimentos, antes de

| Programa | Pagos de emergencia para atender las necesidades de personas o familias afectadas directa o indirectamente por el coronavirus |
|---|---|
| | efectuar un pago el Municipio debe requerir a los establecimientos copia del vale utilizado y los recibos de la compra como evidencia de que el vale fue utilizado para compra de alimentos. En los vales se debe indicar la cantidad de meses aprobados, cantidad total por mes, cantidad total aprobada y marcar el mes correspondiente a cada vale. El Municipio deberá someter copia de los cheques a proveedores con su informe trimestral de gastos y desempeño al Programa CDBG en el DVPR y deberá mantener evidencia de los recibos de pago, copia de los vales para alimentos y recibos de compra de alimentos, los cuales serán sujetos a monitoría por parte del DVPR.<br><br>En la eventualidad de que la transacción no se complete, el Municipio deberá revertir el dinero al DVPR, según la política vigente establecida por el DV. |
| **Anejos** | **Véase Anejo A: Documentos Programa Pagos de Emergencia**<br>1. Hoja de Solicitud para Pagos de Emergencia (DV-CV-SP-002 o DV-CV-SP-010, según aplique)<br>2. Hoja de documentos requeridos para Pagos de Emergencia (DV-CV-SP-003)<br>3. Hoja de Certificación de Discapacidad (DV-CV-SP-004)<br>4. Hoja de Certificación Sobre No Duplicidad de Beneficios (DV-CV-SP-005)<br>5. Hoja de Certificación de Deuda por Concepto de Alquiler (DV-CV-SP-006) |

| Programa | Pagos de emergencia para atender las necesidades de personas o familias afectadas directa o indirectamente por el coronavirus |
|---|---|
| | 6. Certificación de Elegibilidad y Cumplimiento del Participante (DV-CV-SP-007)<br>7. Convenio de Servicios Programa de Servicios Públicos (DV-CV-SP-008)<br>8. Hoja de vale para compra de alimentos (DV-CV-SP-015)<br>9. Informe trimestral de gastos y asistencia provista (DV-CV-SP-009) |

| Programa | Programa de alcance en la comunidad |
|---|---|
| **Código HUD:** | **05M** |
| **Descripción:** | Actividades o programa de alcance en la comunidad para proveer pruebas, diagnóstico o servicios de cuidado o tratamiento para el COVID-19, ya sea en una ubicación fija (ejemplo, un centro comunitario) o móvil (vehículo de unidad móvil, campamento).<br>Algunos ejemplos de este tipo de actividad pueden incluir:<br>• Centro comunitario desde el cual se ofrezcan pruebas rápidas a la comunidad del área de servicio<br>• Unidad móvil para proveer servicios de pruebas a personas sin hogar<br>• Unidad móvil para visitar hogares de envejecientes o viviendas donde residan envejecientes, para realizar |

| Programa | Programa de alcance en la comunidad |
|---|---|
| | pruebas y proveer otros servicios de salud asociados a COVID-19 |
| **Requisitos de elegibilidad del participante** | 1. Familia residente del municipio<br>2. Completar una hoja de solicitud<br>3. Ingreso familiar dentro de los límites de ingresos bajos y moderados, según citados previamente[7]. En la alternativa de estar dirigido a una población especial, cumplir con esa característica (ej. Envejecientes, personas sin hogar, entre otras) |
| **Objetivo Nacional:** | Para efectos de esta actividad, el Municipio podrá documentar cumplimiento con objetivo nacional, a través de Clientela limitada o Área de Beneficio.<br><br>**LMC- Clientela limitada a personas de IBM**<br>Si el Municipio elige Clientela Limitada, podrá demostrar el cumplimiento con este objetivo nacional de una de las siguientes tres maneras:<br><br>1. **Presunción de IBM** – el programa sirve exclusivamente a una clientela que se presume de ingresos bajos y moderados y, por lo tanto, deberá contar con información |

[7] Según se explica más adelante, el Municipio podrá seleccionar entre tres maneras de documentar el objetivo nacional de clientela limitada, para algunas de las actividades. De seleccionar el modo de cumplimiento a base de la provisión del beneficio al menos al 51% de personas de ingresos bajos y moderados, podrá proveer el servicio aun cuando los ingresos anuales de la familia sobrepasen los límites. Esto, siempre y cuando asegure que entre todos sus participantes cumple con el 51% de beneficio a personas de ingresos bajos y moderados.

| Programa | Programa de alcance en la comunidad |
|---|---|
| | en los expedientes que demuestre que pertenece a una de las poblaciones siguientes. El Municipio debe asegurar que solicita las evidencias correspondientes al momento de la solicitud del participante.<br>a. menores víctimas de maltratado o víctimas de violencia doméstica (auto-certificación o carta de proveedor del que fue referido, esta deberá mantenerse en otro expediente confidencial)<br>b. envejecientes (62 años o más) (certificado de nacimiento, licencia o identificación oficial donde se pueda identificar la edad)<br>c. personas con impedimentos severos (certificación de discapacidad (Formulario DV-CV-SP-004) o evidencia del Seguro Social de que el participante está incapacitado),<br>d. personas sin hogar (auto-certificación o carta de proveer de servicios del que fue referido o carta de desalojo o resolución de tribunal),<br>e. adultos con una situación de analfabetismo, (carta de proveedor de servicios del que fue referido)<br>f. personas que viven con SIDA (carta de proveedor de servicios del que fue referido o de médico, No incluye VIH, solo SIDA), |

| Programa | Programa de alcance en la comunidad |
|---|---|
| | g. trabajadores agrícolas migrantes (carta del patrono o identificación de trabajo)<br><br>2. **Localización –** bajo este modo de cumplimiento con objetivo nacional, debe demostrarse que la actividad es de tal naturaleza y localización que se pueda concluir que es para personas de ingresos bajos y moderados (LMI). Bajo este objetivo, se permitirán actividades que se lleven a cabo en residenciales públicos y égidas.<br>3. **100% IBM –** la totalidad de los participantes a los que brinda servicios el Programa son personas de ingresos bajos o moderados. En este caso, es necesario cualificar a las personas y documentar el tamaño de las familias servidas y el ingreso de estas para demostrar que el 100% de la clientela son de ingresos bajos o moderados.<br>El Municipio deberá mantener copia, además, de las solicitudes de servicio y la lista de asistencia o registro de servicios, certificación de servicios provistos, o cualquier otro documento que ayude a demostrar la provisión del servicio. En el caso de cumplimiento por presunción de IBM, el Municipio deberá mantener también evidencia de que el servicio estaba dirigido exclusivamente a esa población (por ejemplo, promoción, opúsculos, otros manuales de servicio, entre otro). Por otra parte, en el caso de cumplimiento por localización, El Municipio deberá |

| Programa | Programa de alcance en la comunidad |
|---|---|
| | mantener evidencia de la localización del servicio, así como la población a la cual se brinda servicio y naturaleza de los servicios.<br><br>**LMA- Área de beneficio a personas de IBM**<br><br>En el caso de llevar a cabo la actividad bajo el objetivo nacional de LMA- Área de beneficio a personas de IBM, el Municipio deberá asegurar que cuenta en sus expedientes con información que demuestre:<br><br>1. La ubicación de la actividad.<br><br>2. Definición del área de servicio y los criterios utilizados para definir la misma a base de la naturaleza de la actividad, ubicación de la actividad, acceso, disponibilidad de actividades comparables, límites de las instalaciones y servicios públicos.<br><br>3. Información de los ingresos del área de acuerdo al *Mapping tool* de HUD o según el método de encuesta, de acuerdo a como lo haya documento en su propuesta.<br><br>4. Evidencia de la provisión del servicio (lista de asistencia, certificación de servicios provistos, entre otra). Utilizará el Formulario DV-CV-SP-014 que se encuentra anejado a este Manual. Este formulario provee dos alternativas para que el Municipio pueda seleccionar cómo demostrará su cumplimiento: A - Lista de asistencia para que las personas participantes coloquen su nombre y firma; y B - Memorando |

| Programa | Programa de alcance en la comunidad |
|---|---|
| | de servicios provistos donde el Municipio describirá el área donde ofrece los servicios, los servicios ofrecidos y adjuntará fotos de la(s) actividad(es) realizada(s). |
| **Proceso de evaluación de solicitudes** | En el caso de aquellos Municipios que documentarán la actividad a través del Objetivo Nacional de Clientela Limitada, deberán asegurar que previo a la provisión del servicio, el participante completa una hoja de solicitud (se incluye ejemplo de solicitud genérica que el Municipio deberá adaptar a los servicios específicos que proveerá).<br><br>El personal del Municipio deberá evaluar la solicitud y asegurarse que la familia cualifica, de acuerdo con el modo de documentación y cumplimiento con objetivo nacional de clientela limitada que haya seleccionado, y que cumple con otras normas asociadas al Programa. Esta información deberá mantenerse en el expediente del Municipio, en conformidad a las normas de retención de récords de CDBG. |
| **Proceso para requisiciones** | El Municipio deberá seguir los pasos requeridos de ordinario para las requisiciones de reembolsos bajo el programa de CDBG regular. Dependiendo el modo de cumplimiento con el objetivo nacional, el Municipio deberá entregar evidencia de la cualificación o elegibilidad de los participantes y/o evidencia de la provisión del servicio. En los casos de documentación mediante clientela limitada, deberá entregar copia de la solicitud de servicios. En el caso de actividades a ser documentadas a través |

| Programa | Programa de alcance en la comunidad |
|---|---|
| | del objetivo de nacional de Área Beneficio, el Municipio deberá entregar evidencia de hojas de registro o asistencia de los participantes que documenten que el servicio se está proveyendo. Además, de acuerdo al proceso ordinario de requisición, el Municipio deberá entregar evidencia de los gastos incurridos subvencionados con los fondos CDBG-CV. |
| **Anejos** | **Véase Anejo B: Documentos para otros Programas de Servicio Público**<br>1. Hoja de Solicitud de Servicios para Otros Programas de Servicio Público (DV-CV-SP-010)<br>2. Hoja de Documentos Requeridos para Otros Programas de Servicio Público (DV-CV-SP-011)<br>3. Hoja de Certificación de Discapacidad (DV-CV-SP-004)<br>4. Hoja de Certificación Sobre No Duplicidad de Beneficios (DV-CV-SP-005)<br>5. Certificación de Elegibilidad y Cumplimiento del Participante (DVCV-SP-007)<br>6. Convenio de Servicios Programas de Servicio Público (DV-CV-SP008)<br>7. Formato de Auto-Certificación (DV-CV-SP-012)<br>8. Informe trimestral de gastos y asistencia provista para Otros Programas de Servicio Público (DV-CV-SP-013)<br>9. Hoja De Registro (Formulario DV-CV-SP-014) para Actividades de Área-Beneficio en el Contexto Del Covid-19 - Alternativa A y B |

| Programa | **Programa para proveer equipos, suministros y materiales necesarios para llevar a cabo un servicio público** |
|---|---|
| **Código HUD** | **05M** |
| **Descripción** | Programa para proveer equipos, suministros y materiales necesarios para llevar a cabo un servicio público dirigido a la prevención y respuesta al COVID (por ejemplo, mascarillas, guantes, entre otros). |
| **Población** | 1. Personas de ingresos bajos o moderados<br>2. Poblaciones especiales de ingresos bajos o moderados, afectadas directa o indirectamente por el COVID-19<br>a. menores víctimas de maltratado o víctimas de violencia doméstica<br>b. envejecientes (62 años o más)<br>c. personas con impedimentos severos<br>d. personas sin hogar<br>e. adultos con una situación de analfabetismo<br>f. personas que viven con SIDA<br>g. trabajadores agrícolas migrantes |

| Programa | Programa para proveer equipos, suministros y materiales necesarios para llevar a cabo un servicio público |
|---|---|
| **Objetivo Nacional** | Para efectos de esta actividad, el Municipio podrá documentar cumplimiento con objetivo nacional, a través de Clientela limitada o Área de Beneficio.<br><br>**LMC- Clientela limitada a personas de IBM**<br><br>Si el Municipio elige Clientela Limitada, podrá demostrar el cumplimiento con este objetivo nacional de una de las siguientes cuatro maneras:<br><br>1. **Presunción de IBM** – el programa sirve exclusivamente a una clientela que se presume de ingresos bajos y moderados y, por lo tanto, deberá contar con información en los expedientes que demuestre que pertenece a una de las poblaciones siguientes. El Municipio debe asegurar que solicita las evidencias correspondientes al momento de la solicitud del participante.<br><br>a. menores víctimas de maltratado o víctimas de violencia doméstica (auto-certificación o carta de proveedor del que fue referido, esta deberá mantenerse en otro expediente confidencial)<br>b. envejecientes (62 años o más) (certificado de nacimiento, licencia o identificación oficial donde se pueda identificar la edad)<br>c. personas con impedimentos severos (certificación de discapacidad (Formulario DV-CV-SP-004) o evidencia |

| Programa | Programa para proveer equipos, suministros y materiales necesarios para llevar a cabo un servicio público |
|---|---|
| | del Seguro Social de que el participante está incapacitado),<br>d. personas sin hogar (auto-certificación o carta de proveer de servicios del que fue referido o carta de desalojo o resolución de tribunal),<br>e. adultos con una situación de analfabetismo, (carta de proveedor de servicios del que fue referido)<br>f. personas que viven con SIDA (carta de proveedor de servicios del que fue referido o de médico, No incluye VIH, solo SIDA),<br>g. trabajadores agrícolas migrantes (carta del patrono o identificación de trabajo)<br>2. **51% IBM** – el programa sirve al menos a 51% de personas de ingresos bajos y moderados. En este caso, es necesario documentar el tamaño de las familias servidas y el ingreso de estas para demostrar que al menos el 51% de la clientela son de ingresos bajos o moderados.<br>3. **Localización –** bajo este modo de cumplimiento con objetivo nacional, debe demostrarse que la actividad es de tal naturaleza y localización que se pueda concluir que es para personas de ingresos bajos y moderados (LMI). Bajo este objetivo, se permitirán actividades que se lleven a cabo en residenciales públicos y égidas. |

| Programa | Programa para proveer equipos, suministros y materiales necesarios para llevar a cabo un servicio público |
|---|---|

4. **100% IBM –** la totalidad de los participantes a los que brinda servicios el Programa son personas de ingresos bajos o moderados. En este caso, es necesario documentar el tamaño de las familias servidas y el ingreso de estas para demostrar que el 100% de la clientela son de ingresos bajos o moderados.

El Municipio deberá mantener copia, además, de las solicitudes de servicio y la lista de asistencia o registro de servicios, certificación de servicios provistos, o cualquier otro documento que ayude a demostrar la provisión del servicio. En el caso de cumplimiento por presunción de IBM, el Municipio deberá mantener también evidencia de que el servicio estaba dirigido exclusivamente a esa población (por ejemplo, promoción, opúsculos, otros manuales de servicio, entre otro). Por otra parte, en el caso de cumplimiento por localización, El Municipio deberá mantener evidencia de la localización del servicio, así como la población a la cual se brinda servicio y naturaleza de los servicios.

**LMA- Área de beneficio a personas de IBM**

En el caso de llevar a cabo la actividad bajo el objetivo nacional de LMA- Área de beneficio a personas de IBM, el Municipio deberá asegurar que cuenta en sus expedientes con información que demuestre:

1. La ubicación de la actividad.

| Programa | Programa para proveer equipos, suministros y materiales necesarios para llevar a cabo un servicio público |
|---|---|
| | 2. Definición del área de servicio y los criterios utilizados para definir la misma a base de la naturaleza de la actividad, ubicación de la actividad, acceso, disponibilidad de actividades comparables, límites de las instalaciones y servicios públicos).<br><br>3. Información de los ingresos del área de acuerdo al Mapping tool de HUD o según el método de encuesta, de acuerdo a como lo haya documento en su propuesta.<br><br>4. Evidencia de la provisión del servicio (lista de asistencia, certificación de servicios provistos, entre otra). Utilizará el Formulario DV-CV-SP-014 que se encuentra anejado a este Manual. Este formulario provee dos alternativas para que el Municipio pueda seleccionar como demostrará su cumplimiento: A - Lista de asistencia para que las personas participantes coloquen su nombre y firma; y B - Memorando de servicios provistos donde el Municipio describirá el área donde ofrece los servicios, los servicios ofrecidos y adjuntará fotos de la(s) actividad(es) realizada(s). |

| Programa | Programa para proveer equipos, suministros y materiales necesarios para llevar a cabo un servicio público |
|---|---|
| **Proceso de evaluación de solicitudes** | En el caso de aquellos Municipios que documentarán la actividad a través del Objetivo Nacional de Clientela Limitada, deberán asegurar que previo a la provisión del servicio, el participante completa una hoja de solicitud (se incluye ejemplo de solicitud genérica que el Municipio deberá adaptar a los servicios específicos que proveerá).<br><br>El personal del Municipio deberá evaluar la solicitud y asegurarse que la familia cualifica, de acuerdo con el modo de documentación y cumplimiento con objetivo nacional de clientela limitada que haya seleccionado, y que cumple con otras normas asociadas al Programa. Esta información deberá mantenerse en el expediente del Municipio, en conformidad a las normas de retención de récords de CDBG. |
| **Proceso para requisar** | El Municipio deberá seguir los pasos requeridos de ordinario para las requisiciones de reembolsos bajo el programa de CDBG regular. Dependiendo el modo de cumplimiento con el objetivo nacional, el Municipio deberá entregar evidencia de la cualificación o elegibilidad de los participantes y/o evidencia de la provisión del servicio. En los casos de documentación mediante clientela limitada, deberá entregar copia de la solicitud de servicios. En el caso de actividades a ser documentadas a través del objetivo de nacional de Área Beneficio, el Municipio deberá entregar evidencia de hojas de registro o asistencia de los participantes que documenten que el |

| Programa | Programa para proveer equipos, suministros y materiales necesarios para llevar a cabo un servicio público |
|---|---|
| | servicio se está proveyendo. Además, de acuerdo al proceso ordinario de requisición, el Municipio deberá entregar evidencia de los gastos incurridos subvencionados con los fondos CDBG-CV. |
| **Anejos** | **Véase Anejo B: Documentos para otros Programas de Servicio Público**<br>1. Hoja de Solicitud de Servicios para Otros Programas de Servicio Público (DV-CV-SP-010)<br>2. Hoja de Documentos Requeridos para Otros Programas de Servicio Público (DV-CV-SP-011)<br>3. Hoja de Certificación de Discapacidad (DV-CV-SP-004)<br>4. Hoja de Certificación Sobre No Duplicidad de Beneficios (DV-CVSP-005)<br>5. Certificación de Elegibilidad y Cumplimiento del Participante (DVCV-SP-007)<br>6. Convenio de Servicios Programas de Servicio Público (DV-CV-SP008)<br>7. Formato de Auto-Certificación (DV-CV-SP-012)<br>8. Informe trimestral de gastos y asistencia provista para Otros Programas de Servicio Público (DV-CV-SP-013)<br>9. Hoja De Registro (Formulario DV-CV-SP-014) para Actividades de Área-Beneficio en el Contexto Del Covid-19 - Alternativa A y B |

| Programa | Programa de entrega de alimentos |
|---|---|
| **Código HUD** | **05W** |
| **Descripción** | Programa de entrega de alimentos a individuos en cuarentena o que necesitan mantener el distanciamiento social debido a vulnerabilidades médicas, por ejemplo, personas en edad avanzada y personas sin hogar, entre otros grupos o poblaciones vulnerabilizadas.<br><br>También podrá cubrir gastos de la operación de un banco de alimentos, comedores comunitarios, entre otras alternativas para la provisión de alimentos. |
| **Población** | 1. Personas de ingresos bajos o moderados<br><br>2. Poblaciones especiales afectadas directa o indirectamente por el COVID-19<br><br>a. menores víctimas de maltratado o víctimas de violencia doméstica<br><br>b. envejecientes (62 años o más)<br><br>c. personas con impedimentos severos<br><br>d. personas sin hogar<br><br>e. adultos con una situación de analfabetismo<br><br>f. personas que viven con SIDA<br><br>g. trabajadores agrícolas migrantes |

| Programa | Programa de entrega de alimentos |
|---|---|
| **Objetivo Nacional** | Para efectos de esta actividad, el Municipio podrá documentar cumplimiento con objetivo nacional, a través de Clientela limitada o Área de Beneficio.<br><br>**LMC- Clientela limitada a personas de IBM**<br><br>Si el Municipio elige Clientela Limitada, podrá demostrar el cumplimiento con este objetivo nacional de **una** de las siguientes tres maneras:<br><br>1. **Presunción de IBM** – el programa sirve exclusivamente a una clientela que se presume de ingresos bajos y moderados y, por lo tanto, deberá contar con información en los expedientes que demuestre que pertenece a una de las poblaciones siguientes. El Municipio debe asegurar que solicita las evidencias correspondientes al momento de la solicitud del participante.<br><br>a. menores víctimas de maltratado o víctimas de violencia doméstica (auto-certificación o carta de proveedor del que fue referido, esta deberá mantenerse en otro expediente confidencial)<br><br>b. envejecientes (62 años o más) (certificado de nacimiento, licencia o identificación oficial donde se pueda identificar la edad)<br><br>c. personas con impedimentos severos (certificación de discapacidad (Formulario DV-CV-SP-004) o evidencia |

| Programa | Programa de entrega de alimentos |
|---|---|
| | del Seguro Social de que el participante está incapacitado),<br>d. personas sin hogar (auto-certificación o carta de proveer de servicios del que fue referido o carta de desalojo o resolución de tribunal),<br>e. adultos con una situación de analfabetismo, (carta de proveedor de servicios del que fue referido)<br>f. personas que viven con SIDA (carta de proveedor de servicios del que fue referido o de médico, No incluye VIH, solo SIDA),<br>g. trabajadores agrícolas migrantes (carta del patrono o identificación de trabajo)<br>**2. Localización –** bajo este modo de cumplimiento con objetivo nacional, debe demostrarse que la actividad es de tal naturaleza y localización que se pueda concluir que es para personas de ingresos bajos y moderados (LMI). Bajo este objetivo, se permitirán actividades que se lleven a cabo en residenciales públicos y égidas.<br>**3. 100% IBM –** la totalidad de los participantes a los que brinda servicios el Programa son personas de ingresos bajos o moderados. En este caso, es necesario documentar el tamaño de las familias servidas y el ingreso de estas para |

| Programa | Programa de entrega de alimentos |
|---|---|
| | demostrar que el 100% de la clientela son de ingresos bajos o moderados.<br><br>El Municipio deberá mantener copia, además, de las solicitudes de servicio y la lista de asistencia o registro de servicios, certificación de servicios provistos, o cualquier otro documento que ayude a demostrar la provisión del servicio. En el caso de cumplimiento por presunción de IBM, el Municipio deberá mantener también evidencia de que el servicio estaba dirigido exclusivamente a esa población (por ejemplo, promoción, opúsculos, otros manuales de servicio, entre otro). Por otra parte, en el caso de cumplimiento por localización, el Municipio deberá mantener evidencia de la localización del servicio, así como la población a la cual se brinda servicio y naturaleza de los servicios.<br><br>**LMA- Área de beneficio a personas de IBM**<br><br>En el caso de llevar a cabo la actividad bajo el objetivo nacional de LMA- Área de beneficio a personas de IBM, el Municipio deberá asegurar que cuenta en sus expedientes con información que demuestre:<br><br>a) La ubicación de la actividad.<br><br>b) Definición del área de servicio y los criterios utilizados para definir la misma a base de la naturaleza de la actividad, ubicación de la actividad, acceso, disponibilidad de actividades comparables, límites de las instalaciones y servicios públicos). |

| Programa | Programa de entrega de alimentos |
|---|---|
| | c) Información de los ingresos del área de acuerdo al *Mapping tool* de HUD o según el método de encuesta, de acuerdo a como lo haya documento en su propuesta.<br><br>d) Evidencia de la provisión del servicio (lista de asistencia, certificación de servicios provistos, entre otra). Utilizará el Formulario DV-CV-SP-014 que se encuentra anejado a este Manual. Este formulario provee dos alternativas para que el Municipio pueda seleccionar cómo demostrará su cumplimiento: A - Lista de asistencia para que las personas participantes coloquen su nombre y firma; y B - Memorando de servicios provistos donde el Municipio describirá el área donde ofrece los servicios, los servicios ofrecidos y adjuntará fotos de la(s) actividad(es) realizada(s). |
| **Proceso de evaluación de solicitudes** | En el caso de aquellos Municipios que documentarán la actividad a través del Objetivo Nacional de Clientela Limitada, deberán asegurar que previo a la provisión del servicio, el participante completa una hoja de solicitud (se incluye ejemplo de solicitud genérica que el Municipio deberá adaptar a los servicios específicos que proveerá).<br><br>El personal del Municipio deberá evaluar la solicitud y asegurarse que la familia cualifica, de acuerdo con el modo de documentación y cumplimiento con objetivo nacional de clientela limitada que haya seleccionado, y que cumple con |

| Programa | Programa de entrega de alimentos |
|---|---|
| | otras normas asociadas al Programa. Esta información deberá mantenerse en el expediente del Municipio, en conformidad a las normas de retención de récords de CDBG. |
| **Proceso para requisar** | El Municipio deberá seguir los pasos requeridos de ordinario para las requisiciones de reembolsos bajo el programa de CDBG regular. Dependiendo el modo de cumplimiento con el objetivo nacional, el Municipio deberá entregar evidencia de la cualificación o elegibilidad de los participantes y/o evidencia de la provisión del servicio. En los casos de documentación mediante clientela limitada, deberá entregar copia de la solicitud de servicios. En el caso de actividades a ser documentadas a través del objetivo de nacional de Área Beneficio, el Municipio deberá entregar evidencia de la provisión del servicio (lista de asistencia, certificación de servicios provistos, entre otra). Utilizará el Formulario DV-CV-SP-014 que se encuentra anejado a este Manual. Este formulario provee dos alternativas para que el Municipio pueda seleccionar cómo demostrará su cumplimiento: A - Lista de asistencia para que las personas participantes coloquen su nombre y firma; y B - Memorando de servicios provistos donde el Municipio describirá el área donde ofrece los servicios, los servicios ofrecidos y adjuntará fotos de la(s) actividad(es) realizada(s). Además, de acuerdo al proceso ordinario de requisición, el Municipio deberá entregar evidencia de los gastos incurridos subvencionados con los fondos CDBG-CV. |

| Programa | Programa de entrega de alimentos |
|---|---|
| **Anejos** | **Véase Anejo B: Documentos para otros Programas de Servicio Público**<br>1. Hoja de Solicitud de Servicios para Otros Programas de Servicio Público (DV-CV-SP-010)<br>2. Hoja de Documentos Requeridos para Otros Programas de Servicio Público (DV-CV-SP-011)<br>3. Hoja de Certificación de Discapacidad (DV-CV-SP-004)<br>4. Hoja de Certificación Sobre No Duplicidad de Beneficios (DV-CVSP-005)<br>5. Certificación de Elegibilidad y Cumplimiento del Participante (DVCV-SP-007)<br>6. Convenio de Servicios Programas de Servicio Público (DV-CV-SP008)<br>7. Formato de Auto-Certificación (DV-CV-SP-012)<br>8. Informe trimestral de gastos y asistencia provista para Otros Programas de Servicio Público (DV-CV-SP-013)<br>9. Hoja De Registro (Formulario DV-CV-SP-014) para Actividades de Área-Beneficio en el Contexto Del Covid-19 - Alternativa A y B |

| Programa | Cuidado de los niños(as) |
|---|---|
| **Código HUD** | **05L** |
| **Descripción** | Programa para proveer servicios de cuidado a familias afectadas directa o indirectamente por el COVID-19 y que se reinsertan a la fuerza laboral o se reinstalan en sus trabajos. Los servicios deben |

| Programa | Cuidado de los niños(as) |
|---|---|

ser provistos a niños o niñas de 0 a 12 años con 11 meses, y hasta 18 años con necesidades especiales.

Los servicios que se provean como parte de este programa también podrá incluir clases de crianza y estrategias para manejar el cuidado de los niños en el contexto del COVID-19.

Los servicios podrán otorgarse a través de vales para el pago de cuido en centros con licencias activas de la Administración para el Cuidado y Desarrollo Integral del Niño, (ACUDEN). El Centro de Cuido no puede ser administrado u operado por el Municipio.

El Municipio deberá establecer un acuerdo con el Centro de Cuido sujeto a la reglamentación del Programa CDBG y otorgar directamente los fondos al Centro para efectos de aquellos participantes que cualifiquen. Será responsabilidad del Municipio cualificar a los participantes y referirle al centro con el cual haya establecido el acuerdo. El Municipio podrá pagar todo o parte de los costos asociados al cuido, hasta un máximo por categoría según se ilustra a continuación:

| CENTROS | TIEMPO COMPLETO | TIEMPO PARCIAL |
|---|---|---|
| Infantes y Maternales | 824 | 747 |
| Preescolares | 565 | 545 |
| Escolares | n/a | 422 |
| Necesidades Especiales | 838 | 724 |

| Programa | Cuidado de los niños(as) |
|---|---|
| | ***Nota: estos costos o tarifas, están basados en los costos permisibles bajo el Programa Child Care administrado por la ACUDEN, vigentes desde el 1 de julio 2022.* Estas cantidades podrían variar, de haber cambios en las tarifas publicadas por dicha agencia.** |
| **Población** | Familias de ingresos bajos o moderados, donde ambos padres/madres trabajan, con niños o niñas de 0 a 12 años con 11 meses, y hasta 18 años con necesidades especiales. |
| **Objetivo Nacional** | Para efectos de esta actividad, el Municipio podrá documentar cumplimiento con objetivo nacional, a través de Clientela limitada.<br><br>**LMC- Clientela limitada a personas de IBM**<br><br>El Municipio podrá demostrar el cumplimiento con este objetivo nacional de la siguiente manera:<br><br>1. **100% IBM –** la totalidad de los participantes a los que brinda servicios el Programa son personas de ingresos bajos o moderados. En este caso, es necesario documentar el tamaño de las familias servidas y el ingreso de estas para demostrar que el 100% de la clientela son de ingresos bajos o moderados.<br><br>El Municipio deberá mantener copia, además, de las solicitudes de servicio y la lista de asistencia o registro de servicios, |

| Programa | Cuidado de los niños(as) |
|---|---|
| | certificación de servicios provistos, o cualquier otro documento que ayude a demostrar la provisión del servicio. |
| **Proceso de evaluación de solicitudes** | 1. Antes de aprobar cualquier asistencia bajo el Programa, el Municipio debe requerir al solicitante:<br>• Completar la Solicitud para el Programa<br>• Completar la Hoja de Certificación de No Duplicidad de Servicios<br>• Entregar todos los documentos complementarios.<br>2. El personal del Municipio deberá evaluar la solicitud y asegurarse que la familia cualifica, de acuerdo con el modo de documentación y cumplimiento con objetivo nacional de clientela limitada que haya seleccionado el Municipio, y que cumple con otras normas asociadas al Programa. |
| **Proceso para requisar** | El Municipio deberá seguir los pasos requeridos de ordinario para las requisiciones de reembolsos bajo el programa de CDBG regular.<br>El Municipio deberá entregar evidencia de la cualificación o elegibilidad de los participantes. Además, deberá mantener y entregar al DVPR copia del acuerdo con el centro de servicio y una certificación del centro de los servicios rendidos. El Municipio o proveedor de servicios deberá mantener evidencia de la |

| Programa | Cuidado de los niños(as) |
|---|---|
| | asistencia al cuido y cualquier otra documentación que permita documentar la provisión del servicio. |
| **Anejos** | **Véase Anejo B: Documentos para otros Programas de Servicio Público**<br>1. Hoja de Solicitud de Servicios para Otros Programas de Servicio Público (DV-CV-SP-010)<br>2. Hoja de Documentos Requeridos para Otros Programas de Servicio Público (DV-CV-SP-011)<br>3. Hoja de Certificación de Discapacidad (DV-CV-SP-004)<br>4. Hoja de Certificación Sobre No Duplicidad de Beneficios (DV-CVSP-005)<br>5. Certificación de Elegibilidad y Cumplimiento del Participante (DVCV-SP-007)<br>6. Convenio de Servicios Programas de Servicio Público (DV-CV-SP008)<br>7. Formato de Auto-Certificación (DV-CV-SP-012)<br>8. Informe trimestral de gastos y asistencia provista para Otros Programas de Servicio Público (DV-CV-SP-013) |

| Programa | Servicios de salud mental en respuesta al COVID |
|---|---|
| **Código HUD** | **05O** |
| **Descripción** | Programa dirigido a proveer consejería y ayuda emocional a individuos y familias (incluyendo niños), que presentan inestabilidad, trauma o estrés tras el impacto del COVID-19 y las repercusiones de la pandemia en sus familias. |

| Programa | Servicios de salud mental en respuesta al COVID |
|---|---|
| **Población** | Individuos o familias de ingresos bajos o moderados afectados directa o indirectamente por el COVID-19 |
| **Objetivo Nacional** | El Municipio podrá demostrar cumplimiento con objetivo nacional a través de LMC- Clientela limitada a personas de IBM. Podrá demostrar el cumplimiento con este objetivo nacional de una de las siguientes tres maneras:<br><br>1. **Presunción de IBM** – el programa sirve exclusivamente a una clientela que se presume de ingresos bajos y moderados y, por lo tanto, deberá contar con información en los expedientes que demuestre que pertenece a una de las poblaciones siguientes. El Municipio debe asegurar que solicita las evidencias correspondientes al momento de la solicitud del participante.<br>a. menores víctimas de maltratado o víctimas de violencia doméstica (auto-certificación o carta de proveedor del que fue referido, esta deberá mantenerse en otro expediente confidencial)<br>b. envejecientes (62 años o más) (certificado de nacimiento, licencia o identificación oficial donde se pueda identificar la edad)<br>c. personas con impedimentos severos (certificación de discapacidad (Formulario DV-CV-SP-004) o evidencia del Seguro Social de que el participante está incapacitado) |

| Programa | Servicios de salud mental en respuesta al COVID |
|---|---|
| | d. personas sin hogar (auto-certificación o carta de proveer de servicios del que fue referido o carta de desalojo o resolución de tribunal),<br><br>e. adultos con una situación de analfabetismo, (carta de proveedor de servicios del que fue referido)<br><br>f. personas que viven con SIDA (carta de proveedor de servicios del que fue referido o de médico, No incluye VIH, solo SIDA),<br><br>g. trabajadores agrícolas migrantes (carta del patrono o identificación de trabajo)<br><br>2. **51% IBM** – el programa sirve al menos a 51% de personas de ingresos bajos y moderados. En este caso, es necesario documentar el tamaño de las familias servidas y el ingreso de estas para demostrar que al menos el 51% de la clientela son de ingresos bajos o moderados.<br><br>3. **100% IBM –** la totalidad de los participantes a los que brinda servicios el Programa son personas de ingresos bajos o moderados. En este caso, es necesario documentar el tamaño de las familias servidas y el ingreso de estas para demostrar que el 100% de la clientela son de ingresos bajos o moderados.<br><br>El Municipio deberá mantener copia, además, de las solicitudes de servicio y la lista de asistencia o registro de servicios, |

| Programa | Servicios de salud mental en respuesta al COVID |
|---|---|
| | certificación de servicios provistos, o cualquier otro documento que ayude a demostrar la provisión del servicio. En el caso de cumplimiento por presunción de IBM, el Municipio deberá mantener también evidencia de que el servicio estaba dirigido exclusivamente a esa población (por ejemplo, promoción, opúsculos, otros manuales de servicio, entre otros). |
| **Proceso de evaluación de solicitudes** | 1. Antes de aprobar cualquier asistencia bajo el Programa, el Municipio debe requerir al solicitante:<br>• Completar la Solicitud para el Programa<br>• Completar la Hoja de Certificación de No Duplicidad de Servicios<br>• Entregar todos los documentos complementarios.<br>2. El personal del Municipio deberá evaluar la solicitud y asegurarse que la familia cualifica, de acuerdo con el modo de documentación y cumplimiento con objetivo nacional de clientela limitada que haya seleccionado el Municipio, y que cumple con otras normas asociadas al Programa. |
| **Proceso para requisar** | El Municipio deberá seguir los pasos requeridos de ordinario para las requisiciones de reembolsos bajo el programa de CDBG regular.<br><br>El Municipio deberá entregar evidencia de la solicitud y cualificación o elegibilidad de los participantes y evidencia de la provisión del servicio por el cual se requisan los fondos. |

| Programa | Servicios de salud mental en respuesta al COVID |
|---|---|
| **Anejos** | **Véase Anejo B: Documentos para otros Programas de Servicio Público**<br>1. Hoja de Solicitud de Servicios para Otros Programas de Servicio Público (DV-CV-SP-010)<br>2. Hoja de Documentos Requeridos para Otros Programas de Servicio Público (DV-CV-SP-011)<br>3. Hoja de Certificación de Discapacidad (DV-CV-SP-004)<br>4. Hoja de Certificación Sobre No Duplicidad de Beneficios (DV-CVSP-005)<br>5. Certificación de Elegibilidad y Cumplimiento del Participante (DVCV-SP-007)<br>6. Convenio de Servicios Programas de Servicio Público (DV-CV-SP008)<br>7. Formato de Auto-Certificación (DV-CV-SP-012)<br>8. Informe trimestral de gastos y asistencia provista para Otros Programas de Servicio Público (DV-CV-SP-013) |

| Programa | Servicios de asistencia en el hogar para personas mayores y con impedimentos |
|---|---|
| **Código HUD** | **05A – Senior Services**<br>**05B- Services for Persons with Disabilities** |
| **Descripción** | Servicios de asistencia en el hogar a envejecientes o personas con impedimentos afectados directa o indirectamente por el COVID-19 o que están obligados a mantener cuarentena o distanciamiento social por su condición de vulnerabilidad. |

| Programa | Servicios de asistencia en el hogar para personas mayores y con impedimentos |
|---|---|
| | Este programa se deberá regir por la versión vigente del "Manual para la Guía Operacional para el Servicio de Auxiliares en el Hogar", vigente. |
| **Población** | Personas de ingresos bajos y moderados de 62 años o más, o adultos con un impedimento o discapacidad severa. |
| **Objetivo Nacional** | El Municipio podrá documentar el cumplimiento de objetivo nacional de Clientela Limitada, a través de la presunción de IBM:<br><br>1. **Presunción de IBM** – el programa sirve exclusivamente a una clientela que se presume de ingresos bajos y moderados y, por lo tanto, deberá contar con información en los expedientes que demuestre que pertenece a una de las poblaciones siguientes. El Municipio debe asegurar que solicita las evidencias correspondientes al momento de la solicitud del participante.<br><br>a. envejecientes (62 años o más) (certificado de nacimiento, licencia o identificación oficial donde se pueda identificar la edad) o<br><br>b. personas con impedimentos severos (certificación de discapacidad (Formulario DV-CV-SP-004) o evidencia del Seguro Social de que el participante está incapacitado)<br><br>El Municipio deberá mantener copia, además, de las solicitudes de servicio y la lista de asistencia o registro de servicios, |

| Programa | Servicios de asistencia en el hogar para personas mayores y con impedimentos |
|---|---|
| | certificación de servicios provistos, o cualquier otro documento que ayude a demostrar la provisión del servicio. El Municipio deberá mantener también evidencia de que el servicio estaba dirigido exclusivamente a esa población (por ejemplo, promoción, opúsculos, otros manuales de servicio, entre otro). |
| **Proceso de evaluación de solicitudes** | Referirse a la versión vigente del "Manual para la Guía Operacional para el Servicio de Auxiliares en el Hogar".<br><br>En caso de que se desee solicitar este tipo de asistencia para parientes de un(a) empleado(a) municipal dentro de los niveles de parentesco según se definen en la Ley de Ética Gubernamental de Puerto Rico, la Ley 107-2020, según enmendada, conocida como "Código Municipal de Puerto Rico" y/o cualquier reglamentación federal aplicable a los fondos CDBG-CV, el(la) empleado(a) municipal tiene que solicitar la dispensa correspondiente antes de solicitar la asistencia según los procedimientos aplicables al Programa CDBG del Estado. |
| **Proceso para requisar** | El Municipio deberá seguir los pasos requeridos de ordinario para las requisiciones de reembolsos bajo el programa de CDBG regular.<br><br>Dependiendo el modo de cumplimiento con el objetivo nacional y el modo de operar el servicio, el Municipio deberá entregar evidencia de la cualificación o elegibilidad de los |

| Programa | Servicios de asistencia en el hogar para personas mayores y con impedimentos |
|---|---|
| | participantes y/o evidencia de la provisión del servicio. En los casos de documentación mediante clientela limitada, deberá entregar copia de la solicitud de servicios, así como evidencias de hojas de registro o asistencia de los participantes del servicio. En el caso de actividades a ser documentadas a través del objetivo de nacional de Área Beneficio, el Municipio deberá entregar evidencia de hojas de registro o asistencia de los participantes que documenten que el servicio se está proveyendo. Además, de acuerdo al proceso ordinario de requisición, el Municipio deberá entregar evidencia de los gastos incurridos subvencionados con los fondos CDBG-CV. |
| **Anejos** | **Véase: Manual para la Guía Operacional para el Servicio de Auxiliares en el Hogar** |

| Programa | Servicios legales en respuesta al COVID |
|---|---|
| **Código HUD** | **05C- 05K** |
| **Descripción** | Asistencia legal a personas de ingresos bajos o moderados, para atender situaciones legales surgidas en el contexto del COVID19, incluyendo situaciones laborales, problemas con arrendatarios o ejecuciones de bancos. |

| Programa | Servicios legales en respuesta al COVID |
|---|---|
| **Población** | 1. Personas de ingresos bajos o moderados<br>2. Poblaciones especiales afectadas directa o indirectamente por el COVID-19<br>a. envejecientes (62 años o más<br>b. personas con impedimentos severos<br>c. personas sin hogar<br>d. adultos con una situación de analfabetismo<br>e. personas que viven con SIDA<br>f. trabajadores agrícolas migrantes |
| **Objetivo Nacional** | Si el Municipio elige Clientela Limitada, podrá demostrar el cumplimiento con este objetivo nacional de una de las siguientes tres maneras:<br>1. **Presunción de IBM** – el programa sirve exclusivamente a una clientela que se presume de ingresos bajos y moderados y, por lo tanto, deberá contar con información en los expedientes que demuestre que pertenece a una de las poblaciones siguientes. El Municipio debe asegurar que solicita las evidencias correspondientes al momento de la solicitud del participante.<br>a. envejecientes (62 años o más) (certificado de nacimiento, licencia o identificación oficial donde se pueda identificar la edad)<br>b. personas con impedimentos severos (certificación de discapacidad (Formulario DV-CV-SP-004) o evidencia |

| Programa | Servicios legales en respuesta al COVID |
|---|---|
| | del Seguro Social de que el participante está incapacitado)<br>c. personas sin hogar (auto-certificación o carta de proveer de servicios del que fue referido o carta de desalojo o resolución de tribunal),<br>d. adultos con una situación de analfabetismo, (carta de proveedor de servicios del que fue referido)<br>e. personas que viven con SIDA (carta de proveedor de servicios del que fue referido o de médico, No incluye VIH, solo SIDA),<br>f. trabajadores agrícolas migrantes (carta del patrono o identificación de trabajo)<br>2. **51% IBM** – el programa sirve al menos a 51% de personas de ingresos bajos y moderados. En este caso, es necesario documentar el tamaño de las familias servidas y el ingreso de estas para demostrar que al menos el 51% de la clientela son de ingresos bajos o moderados.<br>3. **100% IBM –** la totalidad de los participantes a los que brinda servicios el Programa son personas de ingresos bajos o moderados. En este caso, es necesario documentar el tamaño de las familias servidas y el ingreso de estas para |

| Programa | Servicios legales en respuesta al COVID |
|---|---|
| | demostrar que el 100% de la clientela son de ingresos bajos o moderados.<br><br>El Municipio deberá mantener copia, además, de las solicitudes de servicio y la lista de asistencia o registro de servicios, certificación de servicios provistos, o cualquier otro documento que ayude a demostrar la provisión del servicio. En el caso de cumplimiento por presunción de IBM, el Municipio deberá mantener también evidencia de que el servicio estaba dirigido exclusivamente a esa población (por ejemplo, promoción, opúsculos, otros manuales de servicio, entre otro). |
| **Proceso de evaluación de solicitudes** | 1. Antes de aprobar cualquier asistencia bajo el Programa, el Municipio debe requerir al solicitante:<br>• Completar la Solicitud para el Programa<br>• Completar la Hoja de Certificación de No Duplicidad de Servicios<br>• Entregar todos los documentos complementarios.<br>2. El personal del Municipio deberá evaluar la solicitud y asegurarse que la familia cualifica, de acuerdo con el modo de documentación y cumplimiento con objetivo nacional de clientela limitada que haya seleccionado el Municipio, y que cumple con otras normas asociadas al Programa. |

| Programa | Servicios legales en respuesta al COVID |
|---|---|
| **Proceso para requisar** | El Municipio deberá seguir los pasos requeridos de ordinario para las requisiciones de reembolsos bajo el programa de CDBG regular.<br>Dependiendo el modo de cumplimiento con el objetivo nacional y el modo de operar el servicio, el Municipio deberá entregar evidencia de la cualificación o elegibilidad de los participantes y evidencia de la provisión del servicio. Además, de acuerdo al proceso ordinario de requisición, el Municipio deberá entregar evidencia de los gastos incurridos subvencionados con los fondos CDBG-CV. |
| **Anejos** | **Véase Anejo B: Documentos para otros Programas de Servicio Público**<br>1. Hoja de Solicitud de Servicios para Otros Programas de Servicio Público (DV-CV-SP-010)<br>2. Hoja de Documentos Requeridos para Otros Programas de Servicio Público (DV-CV-SP-011)<br>3. Hoja de Certificación de Discapacidad (DV-CV-SP-004)<br>4. Hoja de Certificación Sobre No Duplicidad de Beneficios (DV-CV-SP-005)<br>5. Certificación de Elegibilidad y Cumplimiento del Participante (DV-CV-SP-007)<br>6. Convenio de Servicios Programas de Servicio Público (DV-CV-SP008)<br>7. Formato de Auto-Certificación (DV-CV-SP-012)<br>8. Informe trimestral de gastos y asistencia provista para Otros Programas de Servicio Público (DV-CV-SP-013) |

| Programa | **Adquisición e instalación de baterías con placas solares portátiles para su recarga** |
|---|---|
| **Código HUD** | **05Z - Other Public Services** |
| **Descripción** | Programa dirigido a proveer baterías con placas solares portátiles para su recarga a individuos y familias tras el impacto del COVID-19 y las repercusiones de la pandemia en sus familias.<br><br>Para los proyectos de adquisición e instalación de este equipo la cantidad estimada a invertirse será de **hasta un máximo de $6,000**. **La batería será de hasta 3,600 watts**, **con hasta dos (2) paneles solares portátiles de hasta 200 watts, para su recarga**. El propósito principal de la batería es que, en caso de una interrupción del servicio de energía eléctrica, se puedan encender dispositivos de primera necesidad como: nevera, máquina de apnea del sueño, abanicos, televisor, teléfono celular, entre otros.<br><br>El equipo adquirido se instalará de acuerdo con las instrucciones específicas de los fabricantes. |
| **Población** | Individuos o familias de ingresos bajos o moderados afectados directa o indirectamente por el COVID-19 |

| Programa | **Adquisición e instalación de baterías con placas solares portátiles para su recarga** |
|---|---|
| **Objetivo Nacional** | El Municipio podrá demostrar cumplimiento con objetivo nacional a través de LMC- Clientela limitada a personas de IBM. Podrá demostrar el cumplimiento con este objetivo nacional de una de las siguientes tres maneras:<br><br>1. **Presunción de IBM** – el programa sirve exclusivamente a una clientela que se presume de ingresos bajos y moderados y, por lo tanto, deberá contar con información en los expedientes que demuestre que pertenece a una de las poblaciones siguientes. El Municipio debe asegurar que solicita las evidencias correspondientes al momento de la solicitud del participante.<br>a. envejecientes (62 años o más) (certificado de nacimiento, licencia o identificación oficial donde se pueda identificar la edad)<br>b. personas con impedimentos severos (certificación de discapacidad (Formulario DV-CV-SP-004) o evidencia del Seguro Social de que el participante está incapacitado)<br>2. **100% IBM –** la totalidad de los participantes a los que brinda servicios el Programa son personas de ingresos bajos o moderados. En este caso, es necesario documentar el tamaño de las familias servidas y el ingreso de estas para demostrar que el 100% de la clientela son de ingresos bajos o moderados. |

| Programa | **Adquisición e instalación de baterías con placas solares portátiles para su recarga** |
|---|---|
| | El Municipio deberá mantener copia, además, de las solicitudes de servicio y la lista de asistencia o registro de servicios, certificación de servicios provistos, o cualquier otro documento que ayude a demostrar la provisión del servicio. En el caso de cumplimiento por presunción de IBM, el Municipio deberá mantener también evidencia de que el servicio estaba dirigido exclusivamente a esa población (por ejemplo, promoción, opúsculos, otros manuales de servicio, entre otro). |
| **Proceso de evaluación de solicitudes** | 1. Antes de aprobar cualquier asistencia bajo el Programa, el Municipio debe requerir al solicitante:<br>• Completar la Solicitud para el Programa<br>• Completar la Hoja de Certificación de No Duplicidad de Servicios<br>• Entregar todos los documentos complementarios.<br>2. El personal del Municipio deberá evaluar la solicitud y asegurarse que la familia cualifica, de acuerdo con el modo de documentación y cumplimiento con objetivo nacional de clientela limitada que haya seleccionado el Municipio, y que cumple con otras normas asociadas al Programa. |
| **Proceso para requisar** | El Municipio deberá seguir los pasos requeridos de ordinario para las requisiciones de reembolsos bajo el programa de CDBG regular. |

| Programa | **Adquisición e instalación de baterías con placas solares portátiles para su recarga** |
|---|---|
| | En los casos de documentación mediante **Clientela Limitada, a través de Presunción**, deberá entregar:<br>1. Hoja de Requisición<br>2. Hoja de "Checklist" de CV, para la categoría de Servicio Público correspondiente<br>3. Copia de la Hoja de Solicitud de Servicios para Otros Programas de Servicio Público<br>4. Copia de la evidencia de la fecha de nacimiento o discapacidad, según aplique.<br>5. Copia de la Certificación de Elegibilidad y Cumplimiento del Participante<br>6. Evidencia de los gastos incurridos subvencionados con los fondos CDBG-CV, de acuerdo al proceso ordinario de requisición<br>Además, cualquier otro documento que se requiere como parte del proceso ordinario de requisición.<br>Si los casos son, mediante **Clientela Limitada, a través de 100% IBM,** el Municipio deberá entregar:<br>1. Hoja de Requisición<br>2. Hoja de "Checklist" de CV, para la categoría de Servicio Público correspondiente<br>3. Copia de la Hoja de Solicitud de Servicios para Otros Programas de Servicio Público<br>4. Copia de las planillas de contribución sobre ingreso, Forma SSA-1099 "*Social Security Benefits Statement*" del |

| Programa | Adquisición e instalación de baterías con placas solares portátiles para su recarga |
|---|---|
| | seguro social, estado de cuenta de los pasados tres meses o cualquier otra evidencia oficial que haya sido evaluada para documentar los ingresos de los solicitantes.<br>5. Copia de una identificación con foto y firma de los participantes.<br>6. Copia de la Certificación de Elegibilidad y Cumplimiento del Participante<br>7. Evidencia de los gastos incurridos subvencionados con los fondos CDBG-CV, de acuerdo al proceso ordinario de requisición<br>Además, cualquier otro documento que se requiere como parte del proceso ordinario de requisición. |
| **Anejos** | **Véase Anejo B: Documentos para otros Programas de Servicio Público**<br>1. Hoja de Solicitud de Servicios para Otros Programas de Servicio Público (DV-CV-SP-010)<br>2. Hoja de Documentos Requeridos para Otros Programas de Servicio Público (DV-CV-SP-011)<br>3. Hoja de Certificación de Discapacidad (DV-CV-SP-004)<br>4. Hoja de Certificación Sobre No Duplicidad de Beneficios (DV-CV-SP-005)<br>5. Certificación de Elegibilidad y Cumplimiento del Participante (DV-CV-SP-007)<br>6. Formato de Auto-Certificación (DV-CV-SP-012)<br>7. Informe trimestral de gastos y asistencia provista para Otros Programas de Servicio Público (DV-CV-SP-013) |

| Programa | Adquisición e instalación de baterías con placas solares portátiles para su recarga |
|---|---|
| | 8. Acuerdo de Participación en Proyecto de Servicio Público - Batería con Placas Solares Portátiles para su Recarga (DV-CV-SP-016) |

## OTROS REQUISITOS APLICABLES A LOS PROGRAMAS DE SERVICIO PÚBLICO

### PROHIBICIÓN DE DUPLICIDAD DE BENEFICIOS

La Sección 312 de la Ley Robert T. Stafford para Ayuda en Desastres y Asistencia de Emergencia (*42 U.S.C. 5155*) y el *44 CFR 206.191* dispone, en términos generales, que se prohíbe que cualquier persona o entidad reciba fondos federales por cualquier pérdida para la que ya ha recibido asistencia económica de cualquier otro programa, seguros privados, asistencia benéfica o cualquier otra fuente. Al igual que con otras asignaciones de fondos federales, los municipios deben cumplir con la normativa sobre duplicidad de beneficios al recibir fondos CDBG-CV. Como Anejo a este manual, se incluye un Hoja de informe y compromiso para evitar la duplicidad de beneficios, que deberá ser completada por los solicitantes.

### ADQUISICIÓN DE BIENES Y SERVICIOS

Toda adquisición de bienes y servicios para efectos de los Programas de Servicio Público deberá llevarse a cabo en conformidad con la reglamentación aplicable contenida en el 2 CFR 200, que detalla los modos de contratar o adquirir bienes y servicios, los umbrales para cada tipo o modo de adquisición y otros requisitos. Además, el Municipio deberá mantener toda aquella documentación que permita verificar la elegibilidad, razonabilidad y adjudicabilidad de la compra o adquisición.

## CUMPLIMIENTO AMBIENTAL

De acuerdo con las regulaciones sobre revisión ambiental de HUD en 24 CFR Parte 58 y el Notice CPD-2020-07, las actividades en este Manual se consideran exentas bajo 24 CFR 58.34 o categóricamente excluidas de aplicarle la §58.5 (CENST) por lo cual no se les requiere cumplir con la Ley de Política Ambiental Nacional (NEPA) o las leyes y mandatos ambientales relacionados enumerados en 24 CFR 58.5. La revisión ambiental para estas actividades es expedita y sólo se debe completar el formulario de revisión ambiental "exenta/CENST" para documentar que el proyecto cumple con 24 CFR 58.6. Puede encontrar un formulario modelo en https://www.hud.gov/sites/dfiles/CPD/documents/Part58-Exempt-CENST.pdf.

## REQUISITOS DE DOCUMENTACIÓN Y MANEJO DE EXPEDIENTES

En la ejecución de los Programas de Servicio Público, el Municipio se compromete a cumplir con las disposiciones de la Ley de Vivienda y Desarrollo Comunal de 1974, con la reglamentación en el 24 CFR Parte 570, la reglamentación de la OMB codificada en el 2 CFR 200 *Uniform Administrative Requirements, Cost Principles, and Audit Requirements for Federal Awards* y con cualquier otra ley o reglamentación federal aplicable al Programa CDBG del Estado y con la reglamentación establecida por "DVPR" o por el Gobierno de Puerto Rico que inciden en la documentación y manejo de expedientes. A esos efectos:

- El Municipio mantendrá información sobre datos estadísticos tales como el total de solicitudes recibidas y total de casos aprobados.
- El Municipio deberá someter a la DVPR el Informe Trimestral de Gastos, tal cual somete periódicamente al DVPR y uno de Asistencia Provista (Anejo), según aplique.
- El Municipio será responsable de mantener evidencia en los archivos para futuras monitorías por parte del Departamento de la Vivienda y de otras

agencias federales y estatales concernientes de los aspectos programáticos, fiscales y administrativos del Programa.

- El Municipio se compromete a mantener la información relacionada al cumplimiento con la duplicidad de beneficios.

## MONITORÍA

La División de Reglamentación e Intervención Fiscal adscrita al Programa CDBG en el DVPR llevará a cabo monitorías y revisará una muestra de los casos aprobado bajo este programa en los municipios participantes como parte de su plan de trabajo anual. Este plan de trabajo identifica las acciones que se tomarán para evaluar el desempeño del municipio participante del programa, incluyendo los participantes serán monitoreados, el tipo de monitoría, los programas y funciones a monitorear, las fechas previstas y los recursos necesarios.

### PROCESO GENERAL DE MONITORÍA

La monitoría podrá llevarse a cabo en el municipio o vía remoto, a discreción del DVPR. Independientemente del tipo de monitoría a llevarse a cabo, las monitorías del DVPR deben contener los siguientes elementos:

a) Notificación a los participantes del programa: Una vez se determine la fecha y el tipo de monitoría, se enviará una carta al participante del programa. Salvo circunstancias excepcionales, esta carta será enviada al menos dos semanas antes al comienzo de la monitoría y discutirá la agenda de la monitoría, identificará las áreas a ser monitoreadas, y los nombres y cargos del personal DVPR que realizará la monitoría.

b) Consulta con áreas operacionales – previo al comienzo de la intervención, el monitor a cargo se reunirá con personal de Área de Finanzas y Presupuesto del DVPR para conocer el estatus de las actividades que está desarrollando el municipio

c) Conferencia inicial: El propósito de la conferencia inicial es explicar cómo se realizará la monitoría; identificar personal clave del programa que le ayudará durante la monitoría; establecer los periodos de entrevista y, si aplica, programar inspecciones físicas.

d) Proceso de evaluación: conlleva entrevistas y revisión de archivos para verificar y documentar el cumplimiento y desempeño del participante.

e) Al concluir la intervención, el monitor tendrá una reunión con personal de Área de Finanzas y Presupuesto para presentarles los hallazgos preliminares, recibir su insumo y desarrollar posibles recomendaciones y acciones correctivas.

f) Conferencia de salida: Al finalizar la monitoría, el DVPR llevará a cabo una conferencia de salida con los funcionarios o personal indicado para discutir conclusiones preliminares. En la medida que exista discrepancia entre los funcionarios del Municipio y los monitores de DVPR, en cuanto a las conclusiones preliminares, tal discrepancia se hará constar en el resumen de la monitoría y se tomará en consideración al redactar la carta de monitoría.

g) Informe: El DVPR emitirá un informe de monitoría que incluirá los señalamientos y áreas de preocupación en relación a las normas aplicables al Programa. Al Municipio se le proveerá un tiempo razonable para contestar el informe y someter su plan de acción correctiva.

Para llevar a cabo las monitorías de los Programas de Servicio Público (Fondos CDBG-CV) el monitor utilizará la Hoja de Monitoría de Objetivo Nacional de Clientela Limitada o de Área Beneficio, incluidas como un anejo.

## ANEJOS

Anejo A: Documentos relacionados al Programa de Pagos de Emergencia

Anejo B: Documentos relacionados a otros programas de servicio público

Anejo C: Hoja de Monitoría de Objetivo Nacional de Clientela Limitada o de Área Beneficio

# ANEJO A: DOCUMENTOS RELACIONADOS AL PROGRAMA DE PAGOS DE EMERGENCIA

**CERTIFICACION CUMPLIMIENTO CON NORMAS Y REGULACIONES EN LOS MANUALES (FORMULARIO DV-CV-SP-001)**
**PROGRAMA DE SERVICIO PÚBLICO EN RESPUESTA AL COVID-19**

**PROYECTO Número de Proyecto**

**CERTIFICACIÓN**

Certifico que, el Municipio de **Nombre del Municipio** cumplirá con todas las normas y regulaciones establecidas en el **Manual de , en Respuesta al COVID19**, del Programa CDBG-CV y mantendrá los expedientes que validen, en procesos de monitoría, el cumplimiento de dichos requisitos.

En testimonio de lo cual, y para que así conste, firmo esta certificación, en Pueblo, Puerto Rico, el día de mes de año.

Click or tap here to enter text.

**Nombre del(de la) Alcalde(sa)** **Firma del(de la) Alcalde(sa)**

SELLO DEL MUNICIPIO

## HOJA DE SOLICITUD PARA PAGOS DE EMERGENCIA PARA ATENDER LAS NECESIDADES DE PERSONAS O FAMILIAS AFECTADAS DIRECTA O INDIRECTAMENTE POR EL CORONAVIRUS (FORMULARIO DV-CV-SP-002)

**MUNICIPIO DE** Click or tap here to enter text.
**NÚMERO DE SOLICITUD:** Click or tap here to enter text.

**Por favor complete la solicitud siguiente para efectos de poder evaluar su elegibilidad para el Programa y cumplir con otros informes federales. La misma deberá ser completada por el jefe o jefa del hogar. La información de esta solicitud es estrictamente confidencial y no se divulgará de manera individual a personas fuera del programa en el Municipio o el Administrador de los Fondos (DVPR) sin el consentimiento escrito del solicitante.**

### Información del solicitante:

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

**Dirección física de la unidad de Vivienda para la cual se solicita el beneficio:**

Click or tap here to enter text.

**Últimos cuatro dígitos de seguro social:** Click or tap here to enter text.

**Número de teléfono**: Click or tap here to enter text.

**Correo electrónico**: Click or tap here to enter text.

Las siguientes tres preguntas, solo se utilizan para efectos de informes y análisis del desempeño del Programa. Las mismas no se utilizan para determinar la elegibilidad de los participantes.

1. **Indique su género:**

   ☐ Masculino ☐ Femenino
   ☐ Transgénero (Masculino/Femenino)
   ☐ Transgénero Femenino/Masculino)
   ☐ No se identifica como masculino, femenino o transgénero

2. **¿Es usted de origen Hispano, Latino, o Español?**

   ☐ Sí ☐ No

3. **¿Cuál es su raza? (Puede seleccionar una o más razas, pero para propósitos de reporte de datos se reportará como "Multi-racial" a aquellas personas que se identifiquen con varias razas)**

   ☐ Blanco
   ☐ Negro o afroamericano
   ☐ Multi-racial
   ☐ Nativo de Alaska o indio americano asiático
   ☐ Nativo de Hawaii o de alguna otra isla del Pacífico
   ☐ Otra, indique: _____
   ☐ No sabe/Rehusó

## Información del hogar:

4. **¿Cuáles de los siguientes daños, si alguno, han enfrentado en su hogar como consecuencia del COVID-19?**

   ☐ Pérdida de trabajo
   ☐ Reducción en la jornada laboral
   ☐ Disminución de ingresos
   ☐ Diagnóstico de COVID que me llevó a la incapacidad para trabajar
   ☐ Otro: _____

5. **¿Cuáles era el ingreso bruto mensual de su hogar antes de que iniciara el COVID-19 en Puerto Rico, en marzo de 2020?**

   Por ingreso bruto, nos referimos a los ingresos que devenga mensualmente por concepto, antes de impuestos, contribuciones o deducciones, incluyendo ingresos por salario, trabajo por cuenta propia, negocio, pensiones, entre otros.

   Ingresos familiares mensuales anteriores a COVID:

   $ _____

6. **¿Cuántas personas componen su hogar, incluyéndose usted?** _____

7. **Por favor indique la información siguiente para todos los miembros que componen su unidad familiar.**

| Nombre y Apellidos | Relación | Fecha de Nacimiento | Edad | Sexo | Últimos cuatro (4) dígitos del Seguro Social |
|---|---|---|---|---|---|
| | **Jefe** | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |

## INFORMACIÓN DE INGRESOS

Para cada miembro de la familia deberá indicar su ingreso, la fuente de estos y evidencia de estos. La evidencia aceptable incluye: último informe de sueldo expedido por el patrono; copia certificada de Planilla de Contribución sobre Ingresos; copia del último cheque o giro recibido por el concepto de pensiones tales como: seguro social, retiro y veterano entre otros; talonario de cheques; cartas de beneficios gubernamentales (seguro social, TANF, etc.), certificación de ASUME e ingresos recibidos por concepto de activos.

**Nota: La elegibilidad del solicitante está basada en los ingresos de todos los componentes de la familia.**

| NOMBRE Y APELLIDOS | FUENTE DE INGRESOS | PERIODO DE PAGO (semanal, bisemanal, quincenal, mensual) | INGRESO REPORTADO EN EL PERIODO | INGRESO ANUAL VERIFICADO (INCLUYA EVIDENCIA) |
|---|---|---|---|---|
| | | | | $ |
| | | | | $ |
| | | | | $ |
| | | | | $ |
| | | | **TOTAL INGRESO FAMILIAR** | $ |

| DETALLE DE LOS INGRESOS (A) | | |
|---|---|---|
| 1. | Por concepto de salarios, sueldos, propinas, bonificaciones, comisiones y otros. | $ |
| 2. | Por concepto de beneficios de seguro social, anualidades, póliza de seguros, fondos de retiro, pensiones, beneficios por muerte o incapacidad o cualquier pago en bloque por la dilación en el desembolso de dichos beneficios. | $ |
| 3. | Por concepto de incapacidad y/o desempleo y fondo del seguro del estado. | $ |
| 4. | Por concepto de asistencia pública proveniente de agencias gubernamentales.<br>**NO APLICA** cantidades designadas para albergue, utilidades, WIC, asistencia nutricional (PAN), y cuido de niños. | $ |
| 5. | Por concepto de manutención de los niños menores o manutención personal por concepto de divorcio. | $ |
| 6. | Por concepto de ingreso neto devengado de la operación de un negocio o profesión. | $ |
| 7. | Por concepto de activos incluyendo los intereses de cuentas de cheques o de ahorros, intereses y dividendos de certificados de depósito, acciones o bonos, o ingresos provenientes de rentas de propiedad inmueble.<br>***Cantidad viene de la tabla de activos. (b)** | $ |
| 8. | Por concepto de ingresos a miembros de las fuerzas armadas de los Estados Unidos (Reserva, Guardia Nacional, Ejército, etc.). Ver instrucciones. | $ |
| 9. | **Ingreso Bruto Anual** (Suma de las líneas 1 a la 8) | $ |
| 10. | **Ingreso Bruto Mensual** (Línea 9 dividida entre 12) | $ |
| 11. | **10% del Ingreso Bruto Mensual** (Línea 10 multiplicado por .10) | $ |

| ACTIVOS (B) | | | |
|---|---|---|---|
| **Nombres Miembros de la Composición Familiar** | **Descripción** | **Valor del Activo** | **Ingreso Devengado del Activo** |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| 12. Valor Neto de los Activos | | | |
| 13. Ingreso devengado de los activos. | | | |
| 14. Si la línea 12 es mayor de $5,000 multiplíquelo por el ***passbook rate,*** si no hay activos déjelo en blanco. ***Passbook Rate*** ____% ***Esta cantidad llevarla al encasillado #7** | | | $ **(b)** |

**Passbook Rate*: Se basa en el promedio nacional proporcionado por la Corporación Federal de Seguros de Depósitos. Esta tasa (sin cambios con respecto al año pasado) que se utilizará para toda la recertificación de mudanza, inicial, anual e intermedia cuando una familia tiene activos netos superiores a $5,000 es de .06%. **Esta tasa de .06% debe utilizarse hasta que *Multifamily Housing* publique y haga efectiva una nueva tasa.**

Según la reglamentación de HUD, 24 CFR 5.611(a), el ingreso anual ajustado se determina restándole al Ingreso Bruto Anual las siguientes deducciones (según apliquen):

| DETALLE DE LAS DEDUCCIONES | | |
|---|---|---|
| 15. | Ingreso Bruto Anual (valor de la línea 9) | $ |
| **DEDUCIR** | | |
| 16. | $480 por cada dependiente<br>Dependiente es un miembro del hogar (excepto los niños y los adultos en cuidado sustituto, de crianza) que no es el jefe del hogar o su cónyuge, que es menor de 18 años, o es una persona discapacitada, o es estudiante a tiempo completo. | $ |

| DETALLE DE LAS DEDUCCIONES | | |
|---|---|---|
| 17. | $400 por cada familia con adultos mayores o con personas discapacitadas.<br><br>Por familia con adultos mayores se entiende una familia cuyo jefe del hogar (incluido el co-jefe del hogar), cónyuge o único miembro es una persona de al menos 62 años de edad. Puede incluir a dos o más personas de al menos 62 años que vivan juntas, o a una o más personas de al menos 62 años que vivan con uno o más asistentes o cuidadores.<br><br>Familia con personas discapacitadas: familia cuyo jefe del hogar (incluido el co-jefe del hogar), cónyuge o único miembro es una persona discapacitada. Puede incluir a dos o más personas con discapacidad que vivan juntas, o a una o más personas con discapacidad que vivan con uno o más asistentes o cuidadores. | $ |
| 18. | Costos razonables de cuido de niños. (Deducción máxima de $824[8] mensual, por la cantidad de meses de cuido). | $ |
| 19. | La suma de los siguientes *items* **(i + ii)** siempre y cuando los mismos excedan **el 3% del ingreso bruto anual**. De no ser así, debe anotar **$0.00.** | $ |

[8] La cuantía máxima establecida está basada en las tarifas prevalecientes publicadas por la Administración para el Cuidado y Desarrollo Integral de la Niñez (ACUDEN) efectivas desde julio de 2022. Esta cantidad máxima podría variar, de haber cambios en las tarifas publicadas por dicha agencia.

| DETALLE DE LAS DEDUCCIONES | | |
|---|---|---|
| | **i.** Gastos por cuido a miembros de la familia incapacitados (no envejecientes) **Total i: $**_____<br><br>**ii.** Gastos médicos incurridos para asistir a un envejeciente o persona incapacitada. (Solamente aquellos gastos no reembolsados por otras fuentes podrán ser considerados). Si se toma esta deducción también se debe tomar la de la línea 16. **Total ii: $**_____<br><br>**a)** Entre el total de los gastos médicos no reembolsados:<br>**Total (suma de i + ii) = $**_____<br>b) Ingreso Bruto Anual (línea 15) multiplicado por .03 $ _____<br><br>Reste la cantidad de **b)** menos **a),** siempre y cuando la cantidad de **a)** sea mayor que **b)**. De lo contrario, si **b)** es mayor que **a)** anote $ 0 en el Encasillado 19. | |
| 21. | **<u>Ingreso Anual Ajustado</u>** (línea 15 (Ingreso Anual Bruto) menos la suma de las líneas 16 a la 20 (Deducciones) | $ |

**Por favor indique a cuánto ascienden los gastos mensuales de su hogar para los siguientes conceptos:**

| Concepto | Gasto mensual |
|---|---|
| Pago de renta o hipoteca | **$** |
| Pago de Energía Eléctrica | **$** |
| Pago de agua | **$** |
| Pago de teléfono | **$** |
| Pago de Internet | **$** |
| Pago de tarjetas de crédito | **$** |
| Pago de préstamo de auto | **$** |
| Pago de préstamos personales | **$** |
| Pago de préstamos estudiantiles | **$** |
| **Total de estos gastos** | **$** |

**¿Para cuál(es) de los siguientes conceptos solicita la asistencia del Municipio?**

**Podrá solicitar para uno o varios de los conceptos que se enumeran a continuación.**

| Concepto de la solicitud | Indique el mes y la cantidad para el concepto que aplique | | | | | | Total |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| ☐ Compra de alimentos | | | | | | | |
| ☐ Pago de energía eléctrica | | | | | | | |
| ☐ Pago de agua | | | | | | | |
| ☐ Pago de Renta | | | | | | | |
| ☐ Pago de Hipoteca | | | | | | | |
| **¿A cuánto asciende la cantidad que adeuda?** | | | | | | | **$** |

**La unidad de vivienda para la cual solicita el subsidio, ¿es su unidad de vivienda principal?**

☐ Sí ☐ No

**¿Cuánto tiempo lleva vivienda en esta dirección?** _____años _____ meses

**En el caso de solicitar para la compra de alimentos, por favor indique a cuánto asciende la compra promedio de su hogar: $** Click or tap here to enter text.

## Información del Arrendador:

De solicitar la asistencia para efectos del pago de alquiler, por favor indique la información del Arrendador:

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

Número de teléfono: Click or tap here to enter text.

Correo electrónico: Click or tap here to enter text.

Dirección postal: Click or tap here to enter text.

## Información del Banco o Entidad Hipotecaria:

*De solicitar la asistencia para efectos del pago de una hipoteca, por favor indique la información del banco o institución hipotecaria:*

Nombre del Banco o Institución Hipotecaria: Click or tap here to enter text.

Número de teléfono: Click or tap here to enter text.

Número de cuenta hipotecaria: Click or tap here to enter text.

Correo electrónico: Click or tap here to enter text.

Dirección postal: Click or tap here to enter text.

## Información de la Cuenta de Energía Eléctrica:

*De solicitar la asistencia para efectos del pago de energía eléctrica, por favor indique la información siguiente:*

Nombre de la persona a cargo de la cuenta: Click or tap here to enter text.

Número de Cuenta: Click or tap here to enter text.

## Información de la Cuenta de Acueductos y Alcantarillados:

*De solicitar la asistencia para efectos del pago de agua, por favor indique la información siguiente:*

Nombre de la persona a cargo de la cuenta: Click or tap here to enter text.

Número de Cuenta: Click or tap here to enter text.

## CERTIFICACIÓN DEL SOLICITANTE

Certifico que toda la información antes mencionada es cierta y correcta y que todo el ingreso ha sido informado. 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 con el 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 del Solicitante** | **Fecha** |

**Firma del Solicitante**

**PARA USO OFICIAL DEL MUNICIPIO**

**INGRESO MÁXIMO PERMITIDO POR HUD**

| COMPOSICIÓN FAMILIAR | INGRESO ANUAL | AÑO PROGRAMA |
|---|---|---|
| | | |

| DETERMINACIÓN FINAL DE ELEGIBILIDAD POR INGRESOS:<br>Marque con una (x) lo que aplique en cada caso. | |
|---|---|
| ☐ Elegible | ☐ No es elegible (ingresos exceden el límite establecido por tamaño de la unidad familiar, según la tabla de HUD)<br>**Income Limit del Año** _____ |

**CERTIFICACIÓN DEL EVALUADOR**

Bajo pena de cargos por incumplimiento de deberes y/o posible acción judicial, certifico que se siguieron los procedimientos necesarios para documentar los ingresos del solicitante incluidos en este documento. Certifico, además, que no hay ningún interés personal en el caso, solo el de realizar cabalmente mis funciones y cumplir con las leyes de igualdad de derechos y de confidencialidad.

_____ _____

**Nombre del Evaluador** **Puesto**

_____ _____

**Firma del Evaluador** **Fecha**

## HOJA DE DOCUMENTOS REQUERIDOS PARA PAGOS DE EMERGENCIA PARA ATENDER LAS NECESIDADES DE PERSONAS O FAMILIAS AFECTADAS DIRECTA O INDIRECTAMENTE POR EL CORONAVIRUS (FORMULARIO DV-CV-SP-003)

**MUNICIPIO DE** Click or tap here to enter text.
**NOMBRE DEL SOLICITANTE:** Click or tap here to enter text.
**NÚMERO DE SOLICITUD:** Click or tap here to enter text.

☐ Documentación de ingresos:
- ☐ Último informe de sueldo expedido por el patrono; o
- ☐ Copia certificada de Planilla de Contribución sobre Ingresos; Copia del último cheque o giro recibido por el concepto de pensiones tales como: seguro social, retiro y veterano entre otros.

☐ Identificación
- ☐ Licencia de conducir; o
- ☐ Tarjeta electoral; o
- ☐ Tarjeta de identificación del trabajo; o
- ☐ Certificado de nacimiento; o
- ☐ Pasaporte.

☐ Últimos cuatro números del seguro social (será verificado mediante la presentación de la tarjeta oficial expedida por la Oficina del Seguro Social Federal e inmediatamente se entregará al solicitante. No se retendrá copia de la misma).

☐ Certificación del estado de salud o condición de incapacidad del beneficiario será verificado mediante el Formulario Certificación de Discapacidad (Formulario DV-CV-SP-004) o evidencia del Seguro Social de que el participante está incapacitado.

☐ En el caso del pago de renta, hipoteca y/o utilidades, , presentar por ejemplo:

☐ En el caso de la renta, certificación de deuda por parte del arrendador (véase formato ejemplo) y copia de contrato de alquiler.

☐ En el caso de hipotecas estado del banco y/o carta de cobro en la cual se desglosan los meses adeudados.

☐ En el caso de las utilidades factura o carta de cobro donde se desglosen los meses a los que corresponden las cantidades adeudadas.

| | |
|---|---|
| **Nombre y firma del evaluador** | **Fecha** |

## 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:
   a. Sea atribuible a una condición física o mental o una combinación de ambos;
   b. Se manifiesta antes de que la persona tenga 22 años;
   c. Posiblemente continúe de manera indefinida;
   d. Resulte en una limitación funcional sustancial en tres o más de las siguientes áreas de mayor actividad:
      i. Independencia en su cuidado
      ii. Receptivo o expresivo en el lenguaje,
      iii. Aprendizaje,
      iv. Movilidad,
      v. Autodirección,
      vi. Capacidad para vida independiente,
      vii. Independencia económica, y
      viii. 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 Solcitante** | **Fecha** |
|---|---|

**Firma del Solicitamte**

**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.**

## HOJA DE CERTIFICACIÓN SOBRE NO DUPLICIDAD DE BENEFICIOS (FORMULARIO DV-CV-SP-005)

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

**MUNICIPIO DE** Click or tap here to enter text.
**NOMBRE DEL SOLICITANTE:** Click or tap here to enter text.
**NÚMERO DE SOLICITUD:** Click or tap here to enter text.

Como parte de los requisitos de los fondos CDBG-CV para evitar la duplicidad de beneficios, por favor indique cuáles de las siguientes fuentes de fondos ha solicitado para atender los efectos del COVID-19 en su hogar.

| **Fuentes solicitadas** | | **Cantidad solicitada** | **Uso de los fondos** | **Resultado de la solicitud** |
|---|---|---|---|---|
| **Tipo de asistencia solicitada** | **Entidad a la que lo solicitó** | | | |
| ☐ Préstamo<br>☐ Subvención o *grant*<br>☐ Compensación de seguro | | | | Otorgada<br>☐ totalmente<br>☐ parcialmente<br>$_____ ☐ En espera de aprobación |
| ☐ Préstamo<br>☐ Subvención o *grant*<br>☐ Compensación de seguro | | | | Otorgada<br>☐ totalmente<br>☐ parcialmente<br>$_____<br>☐ En espera de aprobación |
| ☐ Préstamo<br>☐ Subvención o *grant*<br>☐ Compensación de seguro | | | | Otorgada<br>☐ totalmente<br>☐ parcialmente<br>$_____<br>☐ En espera de aprobación |

Al firmar esta Certificación e iniciar los encasillados siguientes entiendo y acepto que:

- Estoy proveyendo mi consentimiento para la divulgación de la información recopilada por el Municipio en mi solicitud de asistencia por los daños sufridos y beneficios recibidos debido al COVID-19, a los efectos de realizar los cotejos correspondientes por las agencias locales o federales concernidas, en conformidad con las normas federales que prohíben la duplicidad de beneficios.

- En caso de que surja o se detecte que hubo alguna duplicidad de beneficios, estoy en la obligación de notificar al Municipio y este, a su vez, podrá recobrar total o parcialmente la asistencia ofrecida según las disposiciones estatuarias que rigen los fondos federales de asistencia para recuperación de desastres y emergencias.[9]

| | |
|---|---|
| **Nombre del Solcitante** | **Fecha** |
| **Firma del Solicitamte** | |

[9] Robert T. Stafford Disaster Assistance and Emergency Relief Act (Stafford Act) 42 U.S.C. 51215207.

## HOJA DE CERTIFICACIÓN DE DEUDA POR CONCEPTO DE ALQUILER (FORMULARIO DV-CV-SP-006)

**MUNICIPIO DE** Click or tap here to enter text.
**NOMBRE DEL SOLICITANTE:** Click or tap here to enter text.
**NÚMERO DE SOLICITUD:** Click or tap here to enter text.

Por la presente certifico que, Click or tap here to enter text., es inquilino desde Click or tap here to enter text., en la propiedad ubicada en Click or tap here to enter text.. Además, que:

- En la actualidad debe la cantidad total de $ Click or tap here to enter text. en cánones de arrendamiento, los cuáles se desglosan de la siguiente manera:

| Mes | | | | | | | Total |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Cantidad Adeudada** | | | | | | | |
| **Fecha vencimiento** | | | | | | | |

- Las cantidades antes descritas, responde al canon de arrendamiento y no incluyen multas o penalidades por el pago tardío.

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

**Nombre del propietario de la unidad de vivienda**

**Fecha**

**Firma**

## HOJA DE CERTIFICACIÓN DE ELEGIBILIDAD Y CUMPLIMIENTO DEL PARTICIPANTE (FORMULARIO DV-CV-SP-007)

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

**MUNICIPIO DE** Click or tap here to enter text.
**NÚMERO DE SOLICITUD:** Click or tap here to enter text.

Por la presente, certifico que:

1. El participante Click or tap here to enter text., ha sido evaluado y cualifica, a través del Programa de Servicio Público, para el **PAGO DE EMERGENCIA PARA ATENDER LAS NECESIDADES DE PERSONAS O FAMILIAS AFECTADAS DIRECTA O INDIRECTAMENTE POR EL CORONAVIRUS,** sufragados con fondos asignados por Departamento de la Vivienda de Puerto Rico (DVPR) para estos propósitos.

2. El participante:

   ☐ Si es empleado y el Municipio tiene la dispensa de DVPR, conforme los requisitos del 24 CFR § 570.489(h)(4) y a la Ley Núm. 1-2012, según enmendada, conocida como "Ley de Ética Gubernamental".
   ☐ No es empleado del Municipio

3. El participante:

   ☐ Si es un familiar de empleado y el Municipio tiene la dispensa del DVPR, conforme los requisitos del 24 CFR § 570.489(h)(4) y a la Ley Núm. 1-2012, según enmendada, conocida como "Ley de Ética Gubernamental".
   ☐ No es familiar de un empleado del municipio.

| | |
|---|---|
| **Nombre y firma del evaluador** | **Fecha** |

## MODELO CONVENIO DE SERVICIOS (FORMULARIO DV-CV-SP-008)
### PARA USO EN TODOS LOS PROGRAMAS DEL COMMUNITY DEVELOPMENT BLOCK GRANT (CDBG-CV)

Este acuerdo de servicio se estable entre Click or tap here to enter text., mayor de edad, **soltero o casado y residente del Municipio de** Click or tap here to enter text. y el Municipio de Click or tap here to enter text., representado por Click or tap here to enter text., Alcalde.

**LAS PARTES ACUERDAN LO SIGUIENTE:**

1. El participante recibirá servicios de [Nombre el Programa] auspiciado por el Programa CDBG-CV que administra el Departamento de la Vivienda de Puerto Rico.
2. La fecha de prestación de servicios será del Click or tap here to enter text. al Click or tap here to enter text. , para ofrecer descripción del servicio.
3. Los servicios pueden ser prescindidos por las siguientes razones:
   a) Servicios no sean necesarios luego de una evaluación de seguimiento.
   b) Disponibilidad de los fondos.
   c) Uso inapropiado de los servicios.

| | |
|---|---|
| **Nombre del(de la) Participante** | **Nombre del(de la) Alcalde(sa)** |
| **Firma del(de la) Participante** | **Firma del(de la) Alcalde(sa)** |
| **Fecha** | **Fecha** |

## HOJA DE VALE PARA COMPRA DE ALIMENTOS (FORMULARIO DV-CV-SP-015)

**Municipio:** _____
**Nombre del comercio:** _____
**Periodo de validez: mes de 202___ a mes de 202___**
**Nombre del beneficiario:** _____
**Cantidad de personas en el núcleo familiar:** _____
**Cantidad de meses aprobados:** _____
**Cantidad total por mes: $**_____
**Cantidad total aprobada para compra de alimentos: $**_____
**Mes: ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6**

Este vale para alimentos se otorga como parte de los fondos CDBG-CV que ha recibido el Gobierno de Puerto Rico. Debe utilizarse **exclusivamente para la compra de alimentos** por parte del beneficiario nombrado previamente. El vale no es transferible a otras personas. La cantidad del vale no es reembolsable.

El establecimiento conservará el vale luego de utilizado y copia del recibo de la compra de alimentos. Éstos serán sometidos como evidencia al Municipio para el pago de la cantidad correspondiente.

| | | |
|---|---|---|
| _____ **Firma del representante autorizado del Municipio** | _____ **Fecha** | **Sello del Municipio** |
| _____ **Firma del participante** | _____ **Fecha** | |
| _____ **Firma del representante del establecimiento** | _____ **Fecha** | |

**Este vale no es válido sin el sello oficial del Municipio y firma del representante autorizado del Municipio**.

**INFORME TRIMESTRAL DE ASISTENCIA PROVISTA (FORMULARIO DV-CV-SP-009)**
**PROGRAMA DE PAGOS DE EMERGENCIA PARA ATENDER LAS NECESIDADES DE PERSONAS O FAMILIAS AFECTADAS DIRECTA O INDIRECTAMENTE POR EL CORONAVIRUS**

**Municipio:** _____ **Periodo:** Desde _____/202_ a _____ /202_

| Nombre de los solicitantes | Dirección | Monto de la subvención | Concepto(s) | Fecha de otorgación | Comentarios |
|---|---|---|---|---|---|
| | | $ | ☐ Pago hipoteca<br>☐ Pago Alquiler<br>☐ Pago Agua<br>☐ Pago Energía Eléctrica<br>☐ Vale compra | | |
| | | $ | ☐ Pago hipoteca<br>☐ Pago Alquiler<br>☐ Pago Agua<br>☐ Pago Energía Eléctrica<br>☐ Vale compra | | |

| Nombre de los solicitantes | Dirección | Monto de la subvención | Concepto(s) | Fecha de otorgación | Comentarios |
|---|---|---|---|---|---|
| | | $ | ☐ Pago hipoteca<br>☐ Pago Alquiler<br>☐ Pago Agua<br>☐ Pago Energía Eléctrica<br>☐ Vale compra | | |
| | | | ☐ Pago hipoteca<br>☐ Pago Alquiler<br>☐ Pago Agua<br>☐ Pago Energía Eléctrica<br>☐ Vale compra | | |

**Recuerde incluir copia del cheque cancelado emitido al proveedor.**

**Nombre Director de Programas Federales** **Fecha**

**Firma**

# ANEJO B: DOCUMENTOS RELACIONADOS A OTROS PROGRAMAS DE SERVICIO PÚBLICO

**CERTIFICACION CUMPLIMIENTO CON NORMAS Y REGULACIONES EN LOS MANUALES (FORMULARIO DV-CV-SP-001)**
**PROGRAMA DE SERVICIO PÚBLICO EN RESPUESTA AL COVID-19**

**PROYECTO Número de Proyecto**

**CERTIFICACIÓN**

Certifico que, el Municipio de **Nombre del Municipio** cumplirá con todas las normas y regulaciones establecidas en el **Manual de , en Respuesta al COVID19**, del Programa CDBG-CV y mantendrá los expedientes que validen, en procesos de monitoría, el cumplimiento de dichos requisitos.

En testimonio de lo cual, y para que así conste, firmo esta certificación, en Pueblo, Puerto Rico, el día de mes de año.

Click or tap here to enter text.

**Nombre del(de la) Alcalde(sa)**

**Firma del(de la) Alcalde(sa)**

**SELLO DEL MUNICIPIO**

## HOJA DE SOLICITUD PARA OTROS PROGRAMAS DE SERVICIO PÚBLICO (FORMULARIO DV-CV-SP-010)

**MUNICIPIO DE** Click or tap here to enter text.
**NOMBRE DEL SOLICITANTE:** Click or tap here to enter text.
**NÚMERO DE SOLICITUD:** Click or tap here to enter text.

- ☐ Programa de alcance en la comunidad
- ☐ Programa para proveer equipos, suministros y materiales necesarios para llevar a cabo un servicio público
- ☐ Programa de entrega de alimentos
- ☐ Cuidado de los niños
- ☐ Servicios de salud mental en respuesta al COVID
- ☐ Servicios legales en respuesta al COVID
- ☐ Programa de Batería con Placas Solares Portátiles para su Recarga
- ☐ Otro: Click or tap here to enter text.

**Por favor complete la solicitud siguiente para efectos de poder evaluar su elegibilidad para el Programa y cumplir con otros informes federales. La misma deberá ser completada por el jefe o jefa del hogar. La información de esta solicitud es estrictamente confidencial y no se divulgará de manera individual a personas fuera del programa en el Municipio o el Administrador de los Fondos (DVPR) sin el consentimiento escrito del solicitante.**

### Información del solicitante:

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

**Dirección física de la unidad de Vivienda para la cual se solicita el beneficio:**

Click or tap here to enter text.

**Últimos cuatro dígitos de seguro social:** Click or tap here to enter text.

**Número de teléfono**: Click or tap here to enter text.

**Correo electrónico**: Click or tap here to enter text.

Las siguientes tres preguntas, solo se utilizan para efectos de informes y análisis del desempeño del Programa. Las mismas no se utilizan para determinar la elegibilidad de los participantes.

1. **Indique su género:**

   ☐ Masculino ☐ Femenino
   ☐ Transgénero (Masculino/Femenino)
   ☐ Transgénero Femenino/Masculino)
   ☐ No se identifica como masculino, femenino o transgénero

2. **¿Es usted de origen Hispano, Latino, o Español?**
   ☐ Sí ☐ No

3. **¿Cuál es su raza? (Puede seleccionar una o más razas, pero para propósitos de reporte de datos se reportará como "Multi-racial" a aquellas personas que se identifiquen con varias razas)**
   ☐ Blanco
   ☐ Negro o afroamericano
   ☐ Multi-racial
   ☐ Nativo de Alaska o indio americano asiático
   ☐ Nativo de Hawaii o de alguna otra isla del Pacífico
   ☐ Otra, indique: _____
   ☐ No sabe/Rehusó

## Información del hogar:

**4. ¿Cuáles de los siguientes daños, si alguno, han enfrentado en su hogar como consecuencia del COVID-19?**

☐ Pérdida de trabajo
☐ Reducción en la jornada laboral
☐ Disminución de ingresos
☐ Diagnóstico de COVID que me llevó a la incapacidad para trabajar
☐ Otro: _____

5. **¿Cuáles era el ingreso bruto mensual de su hogar antes de que iniciara el COVID-19 en Puerto Rico, en marzo de 2020?**

Por ingreso bruto, nos referimos a los ingresos que devenga mensualmente por concepto, antes de impuestos, contribuciones o deducciones, incluyendo ingresos por salario, trabajo por cuenta propia, negocio, pensiones, entre otros.

Ingresos familiares mensuales anteriores a COVID: $ _____

6. **¿Cuántas personas componen su hogar, incluyéndose usted?** _____

7. **Por favor indique la información siguiente para todos los miembros que componen su unidad familiar.**

| Nombre y Apellidos | Relación | Fecha de Nacimiento | Edad | Sexo | Últimos cuatro (4) dígitos del Seguro Social |
|---|---|---|---|---|---|
| | Jefe | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |

## INFORMACIÓN DE INGRESOS

Para cada miembro de la familia deberá indicar su ingreso, la fuente de estos y evidencia de estos. La evidencia aceptable incluye: último informe de sueldo expedido por el patrono; copia certificada de Planilla de Contribución sobre Ingresos; copia del último cheque o giro recibido por el concepto de pensiones tales como: seguro social, retiro y veterano entre otros; talonario de cheques; cartas de beneficios gubernamentales (seguro social, TANF, etc.), certificación de ASUME e ingresos recibidos por concepto de activos.

**Nota: La elegibilidad del solicitante está basada en los ingresos de todos los componentes de la familia.**

| NOMBRE Y APELLIDOS | FUENTE DE INGRESOS | PERIODO DE PAGO (semanal, bisemanal, quincenal, mensual) | INGRESO REPORTADO EN EL PERIODO | INGRESO ANUAL VERIFICADO (INCLUYA EVIDENCIA) |
|---|---|---|---|---|
| | | | | $ |
| | | | | $ |
| | | | | $ |
| | | | | $ |
| | | | **TOTAL INGRESO FAMILIAR** | $ |

| DETALLE DE LOS INGRESOS (A) | | |
|---|---|---|
| 1. | Por concepto de salarios, sueldos, propinas, bonificaciones, comisiones y otros. | $ |
| 2. | Por concepto de beneficios de seguro social, anualidades, póliza de seguros, fondos de retiro, pensiones, beneficios por muerte o incapacidad o cualquier pago en bloque por la dilación en el desembolso de dichos beneficios. | $ |
| 3. | Por concepto de incapacidad y/o desempleo y fondo del seguro del estado. | $ |
| 4. | Por concepto de asistencia pública proveniente de agencias gubernamentales. **NO APLICA** cantidades designadas para albergue, utilidades, WIC, asistencia nutricional (PAN), y cuido de niños. | $ |
| 5. | Por concepto de manutención de los niños menores o manutención personal por concepto de divorcio. | $ |
| 6. | Por concepto de ingreso neto devengado de la operación de un negocio o profesión. | $ |
| 7. | Por concepto de activos incluyendo los intereses de cuentas de cheques o de ahorros, intereses y dividendos de certificados de depósito, acciones o bonos, o ingresos provenientes de rentas de propiedad inmueble. ***Cantidad viene de la tabla de activos. (b)** | $ |

| DETALLE DE LOS INGRESOS (A) | | |
|---|---|---|
| 8. | Por concepto de ingresos a miembros de las fuerzas armadas de los Estados Unidos (Reserva, Guardia Nacional, Ejército, etc.). Ver instrucciones. | $ |
| 9. | **Ingreso Bruto Anual** (Suma de las líneas 1 a la 8) | $ |
| 10. | **Ingreso Bruto Mensual** (Línea 9 dividida entre 12) | $ |
| 11. | **10% del Ingreso Bruto Mensual** (Línea 10 multiplicado por .10) | $ |

| ACTIVOS (B) | | | |
|---|---|---|---|
| **Nombres Miembros de la Composición Familiar** | **Descripción** | **Valor del Activo** | **Ingreso Devengado del Activo** |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| 12. Valor Neto de los Activos | | | |
| 13. Ingreso devengado de los activos. | | | |
| 14. Si la línea 12 es mayor de $5,000 multiplíquelo por el ***passbook rate,*** si no hay activos déjelo en blanco. ***Passbook Rate*** ____%<br>***Esta cantidad llevarla al encasillado #7** | | | $<br>**(b)** |

**Passbook Rate*: Se basa en el promedio nacional proporcionado por la Corporación Federal de Seguros de Depósitos. Esta tasa (sin cambios con respecto al año pasado) que se utilizará para toda la recertificación de mudanza, inicial, anual e intermedia cuando una familia tiene activos netos superiores a $5,000 es de .06%. **Esta tasa de .06% debe utilizarse hasta que *Multifamily Housing* publique y haga efectiva una nueva tasa.**

Según la reglamentación de HUD, 24 CFR 5.611(a), el ingreso anual ajustado se determina restándole al Ingreso Bruto Anual las siguientes deducciones (según apliquen):

| DETALLE DE LAS DEDUCCIONES | | |
|---|---|---|
| 15. | Ingreso Bruto Anual (valor de la línea 9) | $ |
| **DEDUCIR** | | |
| 16. | $480 por cada dependiente<br><br>Dependiente es un miembro del hogar (excepto los niños y los adultos en cuidado sustituto, de crianza) que no es el jefe del hogar o su cónyuge, que es menor de 18 años, o es una persona discapacitada, o es estudiante a tiempo completo. | $ |
| 17. | $400 por cada familia con adultos mayores o con personas discapacitadas.<br><br>Por familia con adultos mayores se entiende una familia cuyo jefe del hogar (incluido el co-jefe del hogar), cónyuge o único miembro es una persona de al menos 62 años de edad. Puede incluir a dos o más personas de al menos 62 años que vivan juntas, o a una o más personas de al menos 62 años que vivan con uno o más asistentes o cuidadores.<br><br>Familia con personas discapacitadas: familia cuyo jefe del hogar (incluido el co-jefe del hogar), cónyuge o único miembro es una persona discapacitada. Puede incluir a dos o más personas con discapacidad que vivan juntas, o a una o más personas con discapacidad que vivan con uno o más asistentes o cuidadores. | $ |
| 18. | Costos razonables de cuido de niños. (Deducción máxima de $824[10] mensual, por la cantidad de meses de cuido). | $ |

[10] La cuantía máxima establecida está basada en las tarifas prevalecientes publicadas por la Administración para el Cuidado y Desarrollo Integral de la Niñez (ACUDEN) efectivas desde julio de 2022. Esta cantidad máxima podría variar, de haber cambios en las tarifas publicadas por dicha agencia.

| DETALLE DE LAS DEDUCCIONES | | |
|---|---|---|
| 19. | La suma de los siguientes *items* **(i + ii)** siempre y cuando los mismos excedan **el 3% del ingreso bruto anual**. De no ser así, debe anotar **$0.00.** | $ |
| | **i.** Gastos por cuido a miembros de la familia incapacitados (no envejecientes) **Total i: $**_____<br><br>**ii.** Gastos médicos incurridos para asistir a un envejeciente o persona incapacitada. (Solamente aquellos gastos no reembolsados por otras fuentes podrán ser considerados). Si se toma esta deducción también se debe tomar la de la línea 16. **Total ii: $**_____<br><br>**a)** Entre el total de los gastos médicos no reembolsados:<br>**Total (suma de i + ii) = $**_____<br>**b)** Ingreso Bruto Anual (línea 15) multiplicado por .03 $ _____<br><br>Reste la cantidad de **b)** menos **a),** siempre y cuando la cantidad de **a)** sea mayor que **b)**. De lo contrario, si **b)** es mayor que **a)** anote $ 0 en el Encasillado 19. | |
| 21. | **Ingreso Anual Ajustado** (línea 15 (Ingreso Anual Bruto) menos la suma de las líneas 16 a la 20 (Deducciones) | $ |

## CERTIFICACIÓN DEL SOLICITANTE

Certifico que toda la información antes mencionada es cierta y correcta y que todo el ingreso ha sido informado. 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 con el 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 del Solicitante** **Fecha**

_____

**Firma del Solicitante**

**PARA USO OFICIAL DEL MUNICIPIO**

**INGRESO MÁXIMO PERMITIDO POR HUD**

| COMPOSICIÓN FAMILIAR | INGRESO ANUAL | AÑO PROGRAMA |
|---|---|---|
| | | |

| DETERMINACIÓN FINAL DE ELEGIBILIDAD POR INGRESOS: Marque con una (x) lo que aplique en cada caso. | |
|---|---|
| ☐ Elegible | ☐ No es elegible (ingresos exceden el límite establecido por tamaño de la unidad familiar, según la tabla de HUD)<br>**Income Limit del Año** _____ |

**CERTIFICACIÓN**: Bajo pena de cargos por incumplimiento de deberes y/o posible acción judicial, certifico que se siguieron los procedimientos necesarios para documentar los ingresos del solicitante incluidos en este documento. Certifico, además, que no hay ningún interés personal en el caso, solo el de realizar cabalmente mis funciones y cumplir con las leyes de igualdad de derechos y de confidencialidad.

_____ _____

**Nombre del Evaluador** **Puesto**

_____ _____

**Firma del Evaluador** **Fecha**

## HOJA DE DOCUMENTOS REQUERIDOS PARA OTROS PROGRAMAS DE SERVICIO PÚBLICO (FORMULARIO DV-CV-SP-011)

- ☐ Programa de alcance en la comunidad
- ☐ Programa para proveer equipos, suministros y materiales necesarios para llevar a cabo un servicio público
- ☐ Programa de entrega de alimentos
- ☐ Cuidado de los niños
- ☐ Servicios de salud mental en respuesta al COVID
- ☐ Servicios legales en respuesta al COVID
- ☐ Programa de Batería con Placas Solares Portátiles para su Recarga
- ☐ Otro: Click or tap here to enter text.

- ☐ Documentación de ingresos:
  - ☐ Último informe de sueldo expedido por el patrono; o
  - ☐ Copia certificada de Planilla de Contribución sobre Ingresos; Copia del último cheque o giro recibido por el concepto de pensiones tales como: seguro social, retiro y veterano entre otros.

- ☐ Identificación
  - ☐ Licencia de conducir; o
  - ☐ Tarjeta electoral; o
  - ☐ Tarjeta de identificación del trabajo; o
  - ☐ Certificado de nacimiento; o
  - ☐ Pasaporte.

- ☐ Últimos cuatro números del seguro social (será verificado mediante la presentación de la tarjeta oficial expedida por la Oficina del Seguro Social Federal e inmediatamente se entregará al solicitante. No se retendrá copia de la misma).

- ☐ Certificación del estado de salud o condición de incapacidad del beneficiario será verificado mediante el Formulario Certificación de Discapacidad (Formulario DV-CV-SP-004) o evidencia del Seguro Social de que el participante está incapacitado.

☐ Si el programa está dirigido a atender una población especial:
- ☐ menores víctimas de maltratado o víctimas de violencia doméstica (autocertificación o carta de proveedor del que fue referido, esta deberá mantenerse en otro expediente confidencial)
- ☐ envejecientes (62 años o más) (certificado de nacimiento, licencia o identificación oficial donde se pueda identificar la edad)
- ☐ personas con impedimentos severos (certificación de discapacidad o copia de SSI),
- ☐ personas sin hogar (auto-certificación o carta de proveer de servicios del que fue referido o carta de desalojo o resolución de tribunal),
- ☐ adultos con una situación de analfabetismo, (carta de proveedor de servicios del que fue referido)
- ☐ personas que viven con SIDA (carta de proveedor de servicios del que fue referido o de médico, No incluye VIH, solo SIDA),
- ☐ trabajadores agrícolas migrantes (carta del patrono o identificación de trabajo)

**Nombre de empleado** **Fecha**

**Firma del Empleado**

## 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:
   a. Sea atribuible a una condición física o mental o una combinación de ambos;
   b. Se manifiesta antes de que la persona tenga 22 años;
   c. Posiblemente continúe de manera indefinida;
   d. Resulte en una limitación funcional sustancial en tres o más de las siguientes áreas de mayor actividad:
      ix. Independencia en su cuidado
      x. Receptivo o expresivo en el lenguaje,
      xi. Aprendizaje,
      xii. Movilidad,
      xiii. Autodirección,
      xiv. Capacidad para vida independiente,
      xv. Independencia económica, y
      xvi. 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 Solcitante** | **Fecha** |
|---|---|

**Firma del Solicitamte**

**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.**

## CERTIFICACIÓN SOBRE CUMPLIMIENTO CON DUPLICIDAD DE BENEFICIOS (FORMULARIO DV-CV-SP-005)

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

Yo, Click or tap here to enter text., residente del Municipio de Click or tap here to enter text., beneficiario del programa CDBG-CV certifico que:

☐ No recibí asistencia de otras fuentes tales como FEMA, SBA, seguro y otros para atender los efectos del COVID-19 en mi hogar.

☐ Recibí asistencia de otras Fuentes tales como FEMA, SBA, seguro y otros para atender los efectos del COVID-19 en mi hogar.

Como parte de los requisitos de los fondos CDBG-CV para evitar la duplicidad de beneficios, por favor indique cuáles de las siguientes fuentes de fondos ha solicitado para atender los efectos del COVID-19 en su hogar.

| **Fuentes solicitadas** | | **Cantidad solicitada** | **Uso de los fondos** | **Resultado de la solicitud** |
|---|---|---|---|---|
| **Tipo de asistencia solicitada** | **Entidad a la que lo solicitó** | | | |
| ☐ Préstamo<br>☐ Subvención o *grant*<br>☐ Compensación de seguro | | | | ☐ Otorgada totalmente ☐ Otorgada parcialmente $_____<br>☐ En espera de aprobación |
| ☐ Préstamo<br>☐ Subvención o *grant*<br>☐ Compensación de seguro | | | | ☐ Otorgada totalmente ☐ Otorgada parcialmente $_____<br>☐ En espera de aprobación |

Al firmar esta Certificación e iniciar los encasillados siguientes entiendo y acepto que:

- Estoy proveyendo mi consentimiento para la divulgación de la información recopilada por el Municipio en mi solicitud de asistencia por los daños sufridos y beneficios recibidos debido al COVID-19, a los efectos de realizar los cotejos correspondientes por las agencias locales o federales concernidas, en conformidad con las normas federales que prohíben la duplicidad de beneficios.

- En caso de que surja o se detecte que hubo alguna duplicidad de beneficios, estoy en la obligación de notificar al Municipio y este, a su vez, podrá recobrar total o parcialmente la asistencia ofrecida según las disposiciones estatuarias que rigen los fondos federales de asistencia para recuperación de desastres y emergencias.[11]

A estos efectos firmo la presente certificación hoy, _____.

| | |
|---|---|
| **Nombre del Solcitante** | **Firma del Solicitamte** |

[11] Robert T. Stafford Disaster Assistance and Emergency Relief Act (Stafford Act) 42 U.S.C. 51215207.

## CERTIFICACIÓN DE ELEGIBILIDAD Y CUMPLIMIENTO DEL PARTICIPANTE (FORMULARIO DV-CV-SP-007)

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

Por la presente, certifico que:

1. El participante Click or tap here to enter text., ha sido evaluado y cualifica, a través del Programa de Servicio Público, para **OTROS PROGRAMAS DE SERVICIO PUBLICO PARA ATENDER LAS NECESIDADES DE PERSONAS O FAMILIAS AFECTADAS DIRECTA O INDIRECTAMENTE POR EL CORONAVIRUS,** sufragados con fondos asignados por Departamento de la Vivienda de Puerto Rico (DVPR) para estos propósitos.
   - ☐ Programa de alcance en la comunidad
   - ☐ Programa para proveer equipos, suministros y materiales necesarios para llevar a cabo un servicio público
   - ☐ Programa de entrega de alimentos
   - ☐ Cuidado de los niños
   - ☐ Servicios de salud mental en respuesta al COVID
   - ☐ Servicios legales en respuesta al COVID
   - ☐ Programa de Batería con Placas Solares Portátiles para su Recarga
   - ☐ Otro: Click or tap here to enter text.
2. El participante:
   - ☐ Si es empleado y el Municipio tiene la dispensa de DVPR, conforme los requisitos del 24 CFR § 570.489(h)(4) y a la Ley Núm. 1-2012, según enmendada, conocida como "Ley de Ética Gubernamental".
   - ☐ No es empleado del Municipio
3. El participante:
   - ☐ Si es un familiar de empleado y el Municipio tiene la dispensa del DVPR, conforme los requisitos del 24 CFR § 570.489(h)(4) y a la Ley Núm. 1-2012, según enmendada, conocida como "Ley de Ética Gubernamental".
   - ☐ No es familiar de un empleado del municipio.

| | |
|---|---|
| **Nombre del Evaluador** | **Puesto** |
| **Firma** | **Fecha** |

## AUTO-CERTIFICACIÓN PARA OTROS PROMAMAS DE SERVICIO PÚBLICO (FORMULARIO DV-CV-SP-012)

**El documento siguiente tiene como propósito certificar una condición que, junto a otros requisitos, podría cualificarle para recibir los servicios del Programa. La misma se manejará de manera confidencial, y separada de su expediente de caso.**

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

**Dirección:** Click or tap here to enter text.
**(Si la persona no tiene hogar, favor de indicar N/A en el campo de dirección)**

### DECLARACIÓN

Yo me considero en una de las siguientes categorías:

- ☐ Encargado de menor víctima de maltratado
- ☐ Víctima de violencia doméstica
- ☐ Personas sin hogar

**Favor de iniciar cada una de las aseveraciones:**

_____ Reconozco que uno de los requisitos para la asistencia a través del Programa CDBG-CV está basado en la condición que incluyo en esta certificación.

_____ Reconozco que la información que aquí he incluido puede ser sujeta a verificación por parte del Municipio o del Departamento de la Vivienda de Puerto Rico, como administrador de los fondos.

Certifico que toda la información antes mencionada es cierta y correcta y que todo el ingreso ha sido informado. 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 el 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.

_____ _____

**Firma del Solicitante** **Fecha**

## MODELO CONVENIO DE SERVICIOS (FORMULARIO DV-CV-SP-008)
### PARA USO EN TODOS LOS PROGRAMAS DEL COMMUNITY DEVELOPMENT BLOCK GRANT (CDBG-CV)

**MUNICIPIO:** Click or tap here to enter text.
**CASO NÚMERO:** Click or tap here to enter text.

**-ENTRE-**

**DE LA PRIMERA PARTE:** El Gobierno Municipal de _____ representado en este acto por su Alcalde(sa), Hon. _____.

**DE LA SEGUNDA PARTE**: El Sr(a) _____, participante cualificado, mayor de edad, (**soltero o casado) y residente del Municipio de** _____, en adelante "participante".

**LAS PARTES ACUERDAN LO SIGUIENTE:**

1. El participante recibirá servicios de [Nombre el Programa] auspiciado por el Programa CDBG-CV que administra el Departamento de la Vivienda de Puerto Rico.
2. La fecha de prestación de servicios será del Click or tap here to enter text. al Click or tap here to enter text. , para ofrecer descripción del servicio.
3. Los servicios pueden ser prescindidos por las siguientes razones:
   a. Servicios no sean necesarios luego de una evaluación de seguimiento.
   b. Disponibilidad de los fondos.
   c. Uso inapropiado de los servicios.

| | |
|---|---|
| Click or tap here to enter text. | Click or tap here to enter text. |
| **Nombre del(de la) participante** | **Nombre del(de la) alcalde(sa)** |
| | |
| **Firma del(de la) participante** | **Firma del(de la) alcalde(sa)** |
| Click or tap here to enter text. | Click or tap here to enter text. |
| **Fecha** | **Fecha** |

**INFORME TRIMESTRAL DE ASISTENCIA PROVISTA OTROS PROGRAMA DE SERVICIO PÚBLICO COVID-19 (FORMULARIO DV-CV-SP-013)**

**Municipio:** Click or tap here to enter text. **Periodo: de diciembre a diciembre del 202_**

| Nombre de los solicitantes | Dirección | Monto de la subvención | Concepto | Fecha de otorgación o rendición del servicio | Comentarios |
|---|---|---|---|---|---|
| | | $ | | | |
| | | $ | | | |
| | | $ | | | |
| | | $ | | | |
| | | $ | | | |
| | | $ | | | |

**Recuerde incluir copia cheque emitido al proveedor.**

**Nombre Director** **Fecha**

**Firma**

## HOJA DE REGISTRO (FORMULARIO DV-CV-SP-014) ACTIVIDADES DE ÁREA-BENEFICIO EN EL CONTEXTO DEL COVID-19 Alternativa A

**MUNICIPIO DE** CLICK OR TAP HERE TO ENTER TEXT.
**SUBVENCIÓN:** ☐ CV1 ☐ CV2 ☐ CV3
**ACTIVIDAD:** CLICK OR TAP HERE TO ENTER TEXT.
**LUGAR:** CLICK OR TAP HERE TO ENTER TEXT.
**FECHA:** CLICK OR TAP HERE TO ENTER TEXT.

| Nombre del(la) participante | Firma |
|---|---|
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |

| Nombre del(la) participante | Firma |
|---|---|
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |

| Nombre del(la) participante | Firma |
|---|---|
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |

Click or tap here to enter text.

**Nombre**

**Firma**

Click or tap here to enter text.

**Puesto**

Click or tap here to enter text.

**Fecha**

## HOJA DE REGISTRO (FORMULARIO DV-CV-SP-014) ACTIVIDADES DE ÁREA-BENEFICIO EN EL CONTEXTO DEL COVID-19 Alternativa B MEMORANDO DE SERVICIOS PROVISTOS EN ÁREA BENEFICIO

**MUNICIPIO DE** CLICK OR TAP HERE TO ENTER TEXT.
**SUBVENCIÓN:** ☐ CV1 ☐ CV2 ☐ CV3
**ACTIVIDAD:** CLICK OR TAP HERE TO ENTER TEXT.
**LUGAR:** CLICK OR TAP HERE TO ENTER TEXT.
**FECHA:** CLICK OR TAP HERE TO ENTER TEXT.

El Municipio de [nombre del municipio] recibió una subvención de fondos provenientes del Community Development Block Grant CV (CDBG-CV), con el objetivo de llevar a cabo [descripción de la actividad]. La actividad tiene como objetivo beneficiar a personas de un área principalmente residencial, donde al menos el 51% de las personas son personas de ingresos bajos y moderados, según definidos en la legislación y reglamentación federal. El área de servicio específica incluye: [descripción del área de servicio, tracto y grupo de bloques].

Mediante este memorando se certifica que el pasado [fecha], se proveyeron los servicios siguientes subvencionado con fondos CDBG-CV:

1. [Enumerar servicios provistos y cantidad de equipo distribuido, personas impactadas, u horas dedicadas]

Estos servicios fueron provistos en las áreas de:

2. [Enumerar direcciones de los lugares de impacto o servicio]

Se adjuntan fotos de la actividad.

Click or tap here to enter text.

| **Nombre** | **Firma** |
|---|---|
| Click or tap here to enter text. | Click or tap here to enter text. |
| **Puesto** | **Fecha** |

## ACUERDO DE PARTICIPACIÓN EN PROYECTO DE SERVICIO PÚBLICO - BATERÍA CON PLACAS SOLARES PORTÁTILES PARA SU RECARGA (FORMULARIO DV-CV-SP-016)

**MUNICIPIO DE:** _____

**NÚMERO DE CASO:** _____

**-ENTRE-**

**DE LA PRIMERA PARTE:** El Gobierno Municipal de _____ representado en este acto por su Alcalde(sa), Hon. _____.

**DE LA SEGUNDA PARTE**: El Sr(a) _____, participante cualificado (en adelante "participante" que reside en la vivienda localizada en _____.

**-LAS PARTES ACUERDAN LO SIGUIENTE-**

1. El Municipio se compromete a adquirir e instalar el equipo aprobado para el Proyecto Número _____ de Servicio Público - Adquisición de Batería con Placas Solares Portátiles para su Recarga y que forma parte de este contrato.
2. El participante hará sus propios arreglos para facilitar la instalación del equipo para su recarga, si fuere necesario desocupar la vivienda o parte de la misma durante el proceso.
3. Una vez entregados e instalados los equipos, el participante será el custodio de los mismos. En aquellos casos en que el residente, permitiera el deterioro o pérdida de los equipos, vendrá obligado a devolver el costo de los mismos.
4. Los equipos serán para el uso exclusivo en la residencia del individuo o familia cualificado para recibir la asistencia del equipo.
5. El participante **NO** puede vender el equipo provisto dentro de los tres años luego de firmar este Acuerdo. En caso de que el residente se mude de la vivienda a otro municipio dentro de los tres años luego de firmar este Acuerdo,

tiene que notificar al Municipio, antes de culminar la mudanza, para la devolución del equipo previamente provisto.

6. El participante se compromete a hacer uso adecuado del equipo instalado. En caso de hacer uso indebido del equipo, podrá ser referido a las autoridades pertinentes.
7. El personal del Gobierno Municipal realizará **visitas semestrales (cada seis (6) meses)** para asegurar que el equipo se encuentra en buenas condiciones y que se utiliza de acuerdo con lo estipulado. Estas visitas se realizarán por los próximos tres **(3) años** a partir de la firma de este Acuerdo.
8. El participante permitirá el acceso a la propiedad al representante municipal durante horas laborables, para la inspección del debido buen uso y condición del equipo correspondiente.
9. El participante permitirá el uso de instalaciones eléctricas y otras que fueren menester para las inspecciones correspondientes.
10. El Municipio se compromete a proveer todos los documentos de la garantía del equipo al participante en caso de ser necesario cualquier mantenimiento. Al vencer el periodo de garantía, el participante será responsable del mantenimiento del equipo (incluyendo dentro del periodo de tres años a partir de la firma de este Acuerdo).

Dado hoy _____ de _____ de _____ en _____, PR.

| | |
|---|---|
| **Normbre del Participante** | **Nombre del (de la) Alcalde(sa)Fecha** |
| **Firma del Participante** | **Firma del (de la) Alcalde(sa)Fecha** |

## ANEJO C: MODELO DE HOJA DE MONITORÍA DE OBJETIVO NACIONAL DE CLIENTELA LIMITADA O DE ÁREA BENEFICIO

| **Guía para revisar el Objetivo Nacional de *Low- and Moderate-Income Limited Clientele*** | | | |
|---|---|---|---|
| **Municipio:** | | | |
| **Personal consultado:** | | | |
| **Nombre de la actividad, núm. de IDIS, y breve descripción:** | | | |
| **Monitor** | | **Fecha** | |

**NOTA:** Todas las preguntas que implican requisitos reglamentarios incluyen la cita de la fuente de derecho del requerimiento (regulación, estatuto, etc.). Si se observa que el Municipio no ha cumplido con ese requisito, el DVPR deberá hacer un señalamiento de incumplimiento (*finding*). Las preguntas que no incluyen una cita o referencia a la fuente de derecho, no son requisitos, pero ayudan al monitor a comprender el programa que está ejecutando el Municipio y a identificar deficiencias que, de no ser atendidas, podrían constituir en una deficiencia. Una conclusión negativa sobre estas preguntas, podrían resultar en el levantamiento de una "preocupación" o *concern*, pero no en un señalamiento de incumplimiento.

**INSTRUCCIONES:** Use esta guía para actividades clasificadas por el Municipio bajo el objetivo nacional de beneficio clientela limitada de personas de ingresos bajos y moderados, (*low- and moderate-income limited clientele)*. Complete una guía por cada actividad revisada. Si la respuesta a la pregunta 7 es negativa, la acción correctiva puede resultar en el uso de algún otro objetivo nacional, basado en el análisis del monitor.

**Preguntas:**

1.

| ¿Bajo qué categoría de clientela limitada fue clasificada la actividad (se presume el beneficio, tamaño e ingreso familiar, restricciones de elegibilidad de ingreso bajo o moderado, o naturaleza y localización)? |
|---|
| **Describa los fundamentos para su conclusión:** |

2.

| | |
|---|---|
| Si la actividad fue clasificada como que se presume un beneficio, los archivos del municipio contienen la documentación que demuestra que la actividad es limitada | ☐ **SI**<br>☐ **NO** |
| a una o una combinación de los 8 segmentos de la población con presunción de ser de ingresos bajos o moderados, según HUD:<br>- niños víctimas de abuso o maltrato?<br>- cónyuge víctima de maltrato?<br>- envejecientes?<br>- adultos bajo la definición "severamente incapacitado" por el Censo?<br>- personas sin hogar?<br>- adultas analfabetas?<br>- personas viviendo con SIDA?<br>- empleados migrantes de granja?<br>[24 CFR 570.483(b)(ii) (A) y 24 CFR 570.490(a), 24 CFR 570.490(b)] | ☐ **N/A** |
| **Describa los fundamentos para su conclusión:** | |

| |
|---|
| De haber contestado en la afirmativo, ¿qué segmento de la población es beneficiada por la actividad? |
| **Describa los fundamentos para su conclusión:** |

3.

| | |
|---|---|
| Si la actividad es clasificada bajo ingreso y tamaño familiar, ¿tiene el Municipio la documentación demostrando que por lo menos un 51 % de los beneficiarios son miembros de una familia de ingresos bajos y moderados?<br>[24 CFR 570.483(b)(i) y 24 CFR 570.490(a), 24 CFR 570.490(b)] | ☐ **SI**<br>☐ **NO**<br>☐ **N/A** |
| **Describa los fundamentos para su conclusión:** | |

| | |
|---|---|
| Si la actividad es clasificada bajo elegibilidad por concepto de ingresos que lo restringe exclusivamente a personas de ingresos bajos y moderados, ¿tiene el Municipio la documentación que demuestra que todas las personas beneficiadas son de ingresos bajos y moderados?<br>[24 CFR 570.483(b)(i) y 24 CFR 570.490(a), 24 CFR 570.490(b)] | ☐ **SI**<br>☐ **NO**<br>☐ **N/A** |

| |
|---|
| **Describa los fundamentos para su conclusión:** |

| | |
|---|---|
| Si la actividad fue clasificada basado en ingreso, ¿se usaron los límites correspondientes de Sección 8 al momento de verificar el ingreso de las personas que recibirían el beneficio (año correcto y tamaño familiar correcto)? [24 CFR 570.483(b)(2), y 24 CFR 570.490(a), 24 CFR 570.490(b)] | ☐ **SI**<br>☐ **NO**<br>☐ **N/A** |
| **Describa los fundamentos para su conclusión:** | |

| |
|---|
| **[OS]** ¿Cómo se solicita, o actualiza la información de ingresos de los participantes? |
| **Describa los fundamentos para su conclusión:** |

4.

| | |
|---|---|
| Si la actividad fue clasificada basada en la naturaleza y localización de la actividad, ¿tiene el Municipio los documentos que demuestran que los beneficiarios son predominantemente de ingresos bajos y moderados? [24 CFR 570.483.(b)(2) y 24 CFR 570.490(a), 24 CFR 570.490(b)] | ☐ **SI**<br>☐ **NO**<br>☐ **N/A** |
| **Describa los fundamentos para su conclusión:** | |

5.

| | |
|---|---|
| **[OS]** Si inspeccionó la facilidad/servicio, ¿hay evidencia indicando que esta actividad beneficia exclusiva o predominantemente a personas de ingresos bajos y moderados, basado en la categoría del beneficio que se presume seleccionado por el municipio? [24 CFR 570.483(b)(2)] | ☐ **SI**<br>☐ **NO**<br>☐ **N/A** |
| **Describa los fundamentos para su conclusión:** | |

6.

| | |
|---|---|
| ¿La actividad está propiamente clasificada como clientela limitada? [24 CFR 570.483(b)(2)] | ☐ **SI**<br>☐ **NO** |
| **Describa los fundamentos para su conclusión:** | |

| Guía para revisar el objetivo nacional de: *Low- and Moderate-Income Area Benefit* | | | |
|---|---|---|---|
| **Municipio:** | | | |
| **Personal consultado:** | | | |
| **Nombre de la actividad, núm. de IDIS, y breve descripción:** | | | |
| **Monitor** | | **Fecha** | |

**NOTA:** Todas las preguntas que implican requisitos reglamentarios incluyen la cita de la fuente de derecho del requerimiento (regulación, estatuto, etc.). Si se observa que el Municipio no ha cumplido con ese requisito, el DVPR deberá hacer un señalamiento de incumplimiento (*finding*). Las preguntas que no incluyen una cita o referencia a la fuente de derecho, no son requisitos, pero ayudan al monitor a comprender el programa que está ejecutando el Municipio y a identificar deficiencias que, de no ser atendidas, podrían constituir en una deficiencia. Una conclusión negativa sobre estas preguntas, podrían resultar en el levantamiento de una "preocupación" o *concern*, pero no en un señalamiento de incumplimiento.

**INSTRUCCIONES**: Use esta guía para actividades clasificadas por el Municipio bajo el objetivo nacional de beneficio a low- and moderate-income persons en función del área. La guía está dividida en siete (7) secciones: Área de servicio; Composición Low- and Moderate-Income del Área; Criterio de excepción; Datos y encuestas; Naturaleza de la actividad; Cargos o Cuotas; y mantenimiento de récords/inspección. Complete una guía por cada actividad revisada.

**Preguntas:**

## A. ÁREA DE SERVICIO

1.

| | |
|---|---|
| ¿Los expedientes del Municipio describen los límites geográficos del Área de Servicio?<br>[24 CFR 570.208(a)(1) y 24 CFR 570.506(b)(2)] | ☐ **SI**<br>☐ **NO** |
| **Describa los fundamentos para su conclusión:** | |

2.

| | |
|---|---|
| ¿Está de acuerdo con la base/estrategia que utilizó el Municipio para determinar el área de servicio de esta actividad?<br>[24 CFR 570.208(a)(1)] | ☐ **SI**<br>☐ **NO** |
| **Describa los fundamentos para su conclusión:** | |

3.

| | |
|---|---|
| ¿Es razonable el tamaño del área de servicio dado la naturaleza de la actividad? [24 CFR 570.208(a)(1)] | ☐ **SI**<br>☐ **NO** |
| **Describa los fundamentos para su conclusión:** | |

4.

| | |
|---|---|
| ¿El área de servicio es principalmente residencial? [24 CFR 570.208(a)(1)] | ☐ **SI**<br>☐ **NO** |
| **Describa los fundamentos para su conclusión:** | |

## B. COMPOSICIÓN LOW- AND MODERATE-INCOME DEL AREA DE SERVICIO

1.

| |
|---|
| ¿Qué por ciento de los residentes del área de servicio son personas de ingresos bajos o moderados, según los expedientes del Municipio? |
| **Describa los fundamentos para su conclusión:** |

## C. DATOS Y ENCUESTAS

Nota: Para la regla de excepción, se pueden utilizar los datos de encuestas utilizadas para demostrar que el área de servicio contiene por lo menos un 51 por ciento de residentes con un ingreso bajo o moderado.

1.

| | |
|---|---|
| Si se utilizó una encuesta para determinar el por ciento de residentes el por ciento de personas de ingresos bajos y moderados en el 'área de servicio, ¿fue dicha encuesta verificada por el DVPR y decretada como que "los resultados cumplen con los estándares de estadísticas confiables que | ☐ **SI**<br>☐ **NO**<br>☐ **N/A** |
| son comparable a esas del censo decenal para áreas de tamaño similar"? [24 CFR 570.208(a)(1)(vi)] | |
| **Describa los fundamentos para su conclusión:** | |

## D. NATURALEZA DE LA ACTIVIDAD

1.

| | |
|---|---|
| ¿La actividad aparenta beneficiar a los residentes del área de servicio, en el cual por lo menos un 51 por ciento son de ingresos bajos y moderados? [24 CFR 570.208(a)] | ☐ **SI**<br>☐ **NO** |
| **Describa los fundamentos para su conclusión:** | |

## E. CUOTAS

1.

| | |
|---|---|
| a. Si la actividad es una facilidad o servicio, ¿se cobra algún cargo? | ☐ **SI**<br>☐ **NO**<br>☐ **N/A** |
| **Describa los fundamentos para su conclusión:** | |

| |
|---|
| b. De contestar en la afirmativa, ¿cuánto se cobra por usar la facilidad o el servicio? |
| **Describa los fundamentos para su conclusión:** |

| | |
|---|---|
| c. De tener algún costo, ¿aparentan ser excesivo al punto de que puedan excluir a personas de ingresos bajos y moderados de usar la facilidad o servicio? [24 CFR 570.200(b)(2)] | ☐ **SI**<br>☐ **NO** |

| |
|---|
| **Describa los fundamentos para su conclusión:** |

## F. MATENIMIENTO DE ARCHIVOS E INSPECCION

1.

| | |
|---|---|
| **[OS]** De haber inspeccionado el área de servicio o actividad, ¿existe evidencia substancial indicando que la actividad "NO" benefició a personas de ingresos bajos y moderados en el área identificada? | ☐ **SI**<br>☐ **NO**<br>☐ **N/A** |
| **Describa los fundamentos para su conclusión:** | |

2.

| | |
|---|---|
| ¿La actividad cumple con el criterio del objetivo nacional "Low- and moderate-income area benefit"? [24 CFR 570.208(a)(1) and 24 CFR 570.506] | ☐ **SI**<br>☐ **NO** |
| **Describa los fundamentos para su conclusión:** | |