

DEPARTAMENTO DE LA  
**VIVIENDA**  
PROGRAMA CDBG-ESTATAL



# MANUAL DE PROCEDIMIENTOS PARA ADMINISTAR EL PROGRAMA DE SERVICIOS PÚBLICOS

REVISADO ABRIL 2024



## TABLA DE CONTENIDO

<b>INTRODUCCIÓN .....</b>	<b>1</b>
<b>PROPÓSITO.....</b>	<b>1</b>
<b>LEYES, REGLAMENTOS Y NORMAS APLICABLES .....</b>	<b>2</b>
<b>DEFINICIONES.....</b>	<b>2</b>
<b>RESPONSABILIDADES DEL DVPR .....</b>	<b>4</b>
<b>ACCIONES Y RESPONSABILIDADES DEL MUNICIPIO .....</b>	<b>4</b>
<b>DESCRIPCIÓN DE LOS PROGRAMAS DE SERVICIO PÚBLICO.....</b>	<b>7</b>
<b>ACTIVIDADES O USOS ELEGIBLES .....</b>	<b>10</b>
<b>FACTORES A CONSIDERAR EN LA ADMINISTRACION DEL PROYECTO .....</b>	<b>6</b>
<b>OTROS REQUISITOS APLICABLES A LOS PROGRAMAS DE SERVICIO PÚBLICO .....</b>	<b>32</b>
<b>PROHIBICIÓN DE DUPLICIDAD DE BENEFICIOS .....</b>	<b>32</b>
<b>ADQUISICIÓN DE BIENES Y SERVICIOS .....</b>	<b>33</b>
<b>CUMPLIMIENTO AMBIENTAL.....</b>	<b>33</b>
<b>MONITORIA.....</b>	<b>34</b>
<b>ANEJOS .....</b>	<b>36</b>
<b>ANEJO A: DOCUMENTOS RELACIONADOS AL PROGRAMA DE PAGOS DE EMERGENCIA.....</b>	<b>37</b>
<b>CERTIFICACIÓN CUMPLIMIENTO CON NORMAS Y REGULACIONES EN LOS MANUALES (FORMULARIO DV-SP-001).....</b>	<b>38</b>
<b>HOJA DE SOLICITUD PARA PAGOS DE EMERGENCIA PARA ATENDER LAS NECESIDADES DE PERSONAS O FAMILIAS (FORMULARIO DV-SP-002).....</b>	<b>39</b>
<b>CRITERIOS PARA ESTABLECER ORDEN DE PRIORIDAD PROYECTO DE PAGOS DE EMERGENCIA (FORMULARIO DV-SP-002A) .....</b>	<b>48</b>
<b>REGISTRO DE VISITAS PARA SOLICITAR ASISTENCIA (FORMULARIO DV-SP-002B).....</b>	<b>49</b>
<b>HOJA DE DOCUMENTOS REQUERIDOS PARA PAGOS DE EMERGENCIA PARA ATENDER LAS NECESIDADES DE PERSONAS O FAMILIAS (FORMULARIO DV-SP-003).....</b>	<b>51</b>
<b>CERTIFICACIÓN DE DISCAPACIDAD (FORMULARIO DV-SP-004).....</b>	<b>52</b>
<b>HOJA DE CERTIFICACIÓN SOBRE NO DUPLICIDAD DE BENEFICIOS (FORMULARIO DV-SP-005).....</b>	<b>55</b>
<b>HOJA DE CERTIFICACIÓN DE DEUDA POR CONCEPTO DE ALQUILER (FORMULARIO DV-SP-006).....</b>	<b>57</b>
<b>HOJA DE CERTIFICACIÓN DE ELEGIBILIDAD Y CUMPLIMIENTO DEL PARTICIPANTE (FORMULARIO DV-SP-007).....</b>	<b>58</b>
<b>MODELO CONVENIO DE SERVICIOS (FORMULARIO DV-SP-008).....</b>	<b>59</b>

<b>INFORME TRIMESTRAL DE ASISTENCIA PROVISTA (FORMULARIO DV-SP-009)</b> .....	<b>60</b>
<b>ANEJO B: DOCUMENTOS RELACIONADOS A OTROS PROGRAMAS DE SERVICIO PÚBLICO</b> .....	<b>63</b>
<b>CERTIFICACIÓN CUMPLIMIENTO CON NORMAS Y REGULACIONES EN LOS MANUALES (FORMULARIO DV-SP-001)</b> .....	<b>64</b>
<b>HOJA DE SOLICITUD PARA OTROS PROGRAMAS DE SERVICIO PÚBLICO (FORMULARIO DV-SP-010)</b> .....	<b>65</b>
<b>CRITERIOS PARA ESTABLECER ORDEN DE PRIORIDAD PROYECTO DE OTROS PROGRAMAS DE SERVICIO PÚBLICO (FORMULARIO DV-SP-010<sup>a</sup>)</b> ..	<b>73</b>
<b>REGISTRO DE VISITAS PARA SOLICITAR ASISTENCIA PARA OTROS PROGRAMAS DE SERVICIO PÚBLICO (FORMULARIO DV-SP-010B)</b> .....	<b>74</b>
<b>HOJA DE DOCUMENTOS REQUERIDOS PARA OTROS PROGRAMAS DE SERVICIO PÚBLICO (FORMULARIO DV-SP-011)</b> .....	<b>76</b>
<b>CERTIFICACIÓN DE DISCAPACIDAD (FORMULARIO DV-SP-004)</b> .....	<b>78</b>
<b>HOJA DE CERTIFICACIÓN SOBRE NO DUPLICIDAD DE BENEFICIOS (FORMULARIO DV-SP-005)</b> .....	<b>81</b>
<b>HOJA DE CERTIFICACIÓN DE ELEGIBILIDAD Y CUMPLIMIENTO DEL PARTICIPANTE OTROS [ROGRAMAS DE SERVICIO PÚBLICO (FORMULARIO DV-SP-007A)</b> .....	<b>83</b>
<b>AUTO-CERTIFICACIÓN PARA OTROS PROMAMAS DE SERVICIO PÚBLICO (FORMULARIO DV-SP-012)</b> .....	<b>84</b>
<b>MODELO CONVENIO DE SERVICIOS (FORMULARIO DV-SP-008)</b> .....	<b>85</b>
<b>INFORME TRIMESTRAL DE ASISTENCIA PROVISTA OTROS PROGRAMAS DE SERVICIO PÚBLICO (FORMULARIO DV-SP-013)</b> .....	<b>86</b>
<b>HOJA DE VALE PARA COMPRA DE ALIMENTOS (FORMULARIO DV-SP-013A)</b> .....	<b>88</b>
<b>HOJA DE REGISTRO (FORMULARIO DV-SP-014) ACTIVIDADES DE ÁREA-BENEFICIO ALTERNATIVA A</b> .....	<b>89</b>
<b>HOJA DE REGISTRO (FORMULARIO DV-SP-014) ACTIVIDADES DE ÁREA-BENEFICIO ALTERNATIVA B</b> .....	<b>92</b>
<b>ACUERDO DE PARTICIPACIÓN EN PROYECTO DE SERVICIO PÚBLICO – ADQUISICIÓN E INSTALACIÓN DE BATERÍA CON PLACAS SOLARES PORTÁTILES PARA SU RECARGA (FORMULARIO DV-SP-016)</b> .....	<b>93</b>

## INTRODUCCIÓN

El DVPR ha desarrollado el Manual Operacional para el Programa de Servicios Públicos, con el propósito de promover uniformidad a través de todos los municipios, se adopten controles internos eficientes y manejo efectivo de dicha actividad. Este manual de procedimiento tiene como objetivo principal, ofrecer procedimientos específicos para el desarrollo de los Proyectos de Servicios Públicos.



Acceda la información de las asignaciones en el siguiente enlace:  
[https://www.hud.gov/program\\_offices/comm\\_planning/budget](https://www.hud.gov/program_offices/comm_planning/budget)

Con el propósito de distribuir las asignaciones, el DVPR utiliza la fórmula establecida en el “*Código Municipal de Puerto Rico*” (Código Municipal), Ley 107-2020, según enmendada. Así, los fondos se asignan de manera equitativa a todos municipios *non-entitlement*, con excepción de los municipios de Vieques y Culebra, que reciben un 15% adicional.

Como parte de las actividades que podrán implementar los municipios con los fondos del Programa CDBG del Estado se encuentran las actividades de Servicio Público, las cuales estarán sujetas al límite de **15%** de la asignación de los fondos CDBG. 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 la Guía Operacional para el Programa de Servicio de Auxiliares en el Hogar.**

## PROPÓSITO

El propósito de este Manual de Procedimientos es establecer los parámetros que regirán los Programas de Servicios Públicos 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 Vivienda y Desarrollo Comunitario de 1974, según enmendada
2. 24 CFR Parte 570, Subparte I
3. 2 CFR Parte 200
4. Código Municipal de Puerto Rico, Ley 107-2020, según enmendada
5. Otras normas, flexibilidades o requisitos alternos promulgados por el Gobierno Federal y Local, según aplicables.

## DEFINICIONES

1. **DV** - Departamento de la Vivienda
2. **Agencia Provedora de Fondos** - Departamento de la Vivienda
3. **Familia** - Todas las personas que residen en una vivienda y son familiares por nacimiento, matrimonio o adopción.
4. **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, **vigente al momento de desarrollar el programa**; (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. Se recomienda que el Municipio complete el proceso de elegibilidad con la aplicación provista por HUD, CPD Income Eligibility Calculator utilizando la calculadora de CDBG. (<https://www.hudexchange.info/incomecalculator/>)**
5. **Participante** - Persona que solicita el servicio, cumple con los criterios de elegibilidad y estará recibiendo el servicio público.

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

**7. Persona Envejeciente (Edad Avanzada)** - Persona de 60 años o más de edad.

**8. Niño** – es cualquier persona que no ha cumplido la edad de dieciocho (18) años de edad.

**9. Persona con Impedimento Severos (Discapacitada)** - Persona que tiene un impedimento físico o mental el cual limita sustancialmente una o más de sus actividades vitales, y tiene historial de ese impedimento y/o es reconocida como impedida.

<https://www.hudexchange.info/sites/onecpd/assets/File/CDBG-National-Objectives-Eligible-Activities-Chapter-3.pdf>, página 16 y 17, Guía CBDG, Capítulo 3 - Objetivo Nacional.

Se clasifican como personas con impedimentos severos si:

- a) usan una silla de ruedas o han usado otra ayuda especial durante seis meses o más.
- b) no pueden realizar una o más "Actividades Funcionales" o necesitan ayuda con una "Actividad de la Vida Diaria (ADL)" o una "Actividad Instrumental de la Vida Diaria (IADL)".
- c) se les impide trabajar en un trabajo o hacer tareas domésticas.
- d) tiene una condición específica que incluye autismo, parálisis cerebral, enfermedad de Alzheimer, senilidad o demencia, o retraso mental.
- e) si son personas menores de 65 años, que están cubiertas por Medicare o que reciben SSI.

**10. Actividades Funcionales** - incluye actividades como ver, oír, que se entienda el habla, levantar y cargar, subir un tramo de escaleras y caminar.

**11. Actividad de la Vida Diaria (Activity of daily living - ADL)** - incluye actividades como moverse dentro de la casa, acostarse o levantarse de la cama o de una silla, bañarse, vestirse, comer e ir al baño.

**12. Actividad Instrumental de la Vida Diaria (Instrumental activity of daily living - IADL)** - incluye actividades como salir de la casa, llevar un registro del dinero o las facturas, preparar comidas, hacer tareas domésticas ligeras y usar el teléfono.

**13. Personas con Condiciones Terminales** - Persona que tiene una expectativa de vida de menos de un año, de acuerdo a un diagnóstico médico.

**14. 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:** <https://www.huduser.gov/portal/datasets/il.html>.

## 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 de seguimiento y otros procesos de monitoria, según establecido en su plan de trabajo y las guías emitidas por HUD.

## ACCIONES Y RESPONSABILIDADES 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 **en cumplimiento con un Objetivo Nacional**. En la ejecución del Programa, 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:

- a. El Municipio mantendrá información sobre datos estadísticos tales como el total de solicitudes recibidas y total de casos aprobados.
  - b. El Municipio deberá someter a la DVPR el Informe Trimestral de Gastos, tal cual somete periódicamente al DVPR y el Informe Trimestral de Asistencia Provista (**Formulario DV-SP-009**, para Programa de Pagos de Emergencia y **DV-SP-013**, para Otros Programas de Servicio Público), según aplique.
  - c. 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.
  - d. El Municipio se compromete a mantener la información relacionada al cumplimiento con la duplicidad de beneficios.
4. Asegurar que los fondos son utilizados para cubrir **gastos admisibles, razonables y asignables** en cumplimiento con los requisitos administrativos emitidos por la Oficina de Gerencia y Presupuesto Federal (2 CFR 200, Sub-parte E)<sup>1</sup>.
  5. Cumplir con las normas aplicables para 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 recibe una solicitud por parte de

---

<sup>1</sup> 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.

cualquier empleado(a) o algún pariente de dichos empleados(as), para ser beneficiario de este Programa, deberá obtenerse la dispensa correspondiente del DV, 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. 2023-12 titulado “Normas Éticas, Conflicto de Interés y Solicitud de Dispensa para los Fondos CDBG y sus Variantes”**, publicado 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.

## **FACTORES A CONSIDERAR EN LA ADMINISTRACION DEL PROYECTO**

### **Requisitos para reclutar el personal que brindará servicios a los participantes del programa**

El personal contratado que presta servicios al envejeciente, niño o persona discapacitada, deberá cumplir ciertos requisitos básicos que le permitan comprender y atender al participante en forma adecuada. Entre los requisitos básicos están los siguientes:

1. Edad – Debe ser una mujer o un hombre mayor de 18 años.
2. Instrucción – Debe saber leer y escribir. Es importante, además, que tenga disposición suficiente, como para aprender a través de la supervisión y beneficiarse de adiestramientos que se le brinden.
3. Experiencia – El candidato debe tener experiencia en el campo para el cual brindará el servicio público.
4. Ser residentes del municipio.

Para considerar su reclutamiento deberá someter los siguientes documentos:

1. Solicitud de empleo cumplimentada
2. Certificado de Salud Vigente, según aplique

3. Certificado de Nacimiento Original / Fe de Bautismo / Pasaporte / Forma 214 (vet.)
4. Tarjeta de Seguro Social (Solo para verificar la Información)
5. Certificación Ley 300-1999, según enmendada, “Ley de Verificación de Credenciales e Historial Delictivo de Proveedores a Niños, Personas con Impedimentos y Profesionales de la Salud”.
6. Cualquier otra documentación requerida, según leyes federales, estatales y municipales.

**Se mantendrá, en el expediente. copia a colores de cada documento y se devolverá el original al solicitante, excepto la tarjeta de Seguro Social, la cual solo se utilizará para verificar la Información del número y no se mantendrá copia en el expediente. De la identificación no tener una foto, tiene que proveer una en tamaño 2x2 reciente.**

Luego del nombramiento, se le solicitará licencia de conducir o tarjeta electoral para asegurar que es el solicitante.

Como regla general, **NO** se nombrarán personas para brindar servicio a sus familiares dentro de los niveles de parentesco según se definen en la Ley de Ética Gubernamental de Puerto Rico, la Ley 107 conocida como “Código Municipal de Puerto Rico” y/o cualquier reglamentación estatal o federal aplicable a los fondos CDBG-State Program, vigente. La restricción aplicará también a familiares de empleados, funcionarios, consultores y/o asesores. Casos excepcionales serán considerados vía dispensa previa consulta y autorización del Departamento de la Vivienda (DV). **Referirse al MC-2023-12 Normas Éticas, Conflicto de Interés y Solicitud de Dispensas para los Fondos CDBG y sus Variantes.**

## DESCRIPCIÓN DE LOS PROGRAMAS DE SERVICIO PÚBLICO

La sección siguiente incluye una descripción de los programas de servicio público que podrá implementar el Municipio. Los ocho programas desarrollados por el Departamento de la Vivienda de Puerto Rico contemplan diversas maneras de atender a poblaciones de ingresos bajos o moderados. Será permisible llevar a cabo cualquier otra actividad

además de las contempladas en estos programas, **siempre y cuando se realice en consulta con el DVPR y cuente con su aprobación.**

**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<sup>2</sup>:** es una actividad elegible, bajo la categoría de servicio público de CDBG y no constituye una de las

<sup>2</sup> 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

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.

**Aumento o actividades nuevas:** 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 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.

---

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.

**ACTIVIDADES O USOS ELEGIBLES**

<p><b>Programa</b></p> 	<p><b>Pagos de emergencia para atender las necesidades de personas o familias</b></p>
<p><b>Código HUD:</b></p>	<p><b>05Q</b></p>
<p><b>Descripción:</b></p>	<p>El Programa de pagos de emergencia, va dirigido a atender las necesidades de familias. Los pagos se podrán realizar para:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Alquiler en atraso</b>, siempre y cuando sea su vivienda principal; o</li> <li>• <b>Hipoteca en atraso</b>, siempre y cuando la hipoteca sea de su vivienda principal o</li> <li>• <b>Utilidades en atraso (agua y luz)</b>, siempre y cuando sean de su unidad de vivienda principal.</li> </ul> <p><b>Las familias podrán solicitar asistencia <u>una (1) sola vez y para un (1) concepto de gasto</u>. El pago de utilidades, podrá incluir el agua y luz, como un solo concepto de gasto. Se podrá otorgar la asistencia a los participantes que cualifiquen, hasta un máximo de <u>tres (3) meses consecutivos</u>.</b></p> <p><b>El participante, de haber recibido ayuda del programa de pagos de emergencia, bajo cualquier programa CDBG, incluyendo CV-19, no será elegible a la ayuda de pago de emergencia, por un periodo de <u>dos (2) años</u>, luego de haber recibido la misma.</b></p> <p>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.</p>

<p>Programa</p> 	<p>Pagos de emergencia para atender las necesidades de personas o familias</p>	
	<p>Los pagos de emergencia no se podrán hacer directamente al individuo o a la familia. Deben hacerse al proveedor de esos servicios, por ejemplo, pagos directamente a un banco o arrendador, para poner al día una renta o hipoteca.</p> <p>La asistencia mensual a ser otorgada para ese concepto está sujeta a los siguientes límites:</p>	
	<p>Concepto de pago</p>	<p>Máximo<sup>3</sup></p>
	<p>Pagos de Hipoteca</p>	<p>Monto del pago mensual de la hipoteca, hasta un máximo de \$1,000.00 por mes</p> <p>Los pagos irán dirigidos al principal e intereses, no a cubrir depósito a cuentas de depósito en garantía(“escrow”), multas, recargos o penalidades.</p>
<p>Pagos de Renta</p>	<p>Monto del pago mensual de renta hasta un máximo de la Renta Justa en el Mercado (Fair Market Rent), para esa área, <b>vigente al momento de desarrollar el programa.</b> Según publicadas en:  <a href="https://www.huduser.gov/portal/datasets/fmr.html">https://www.huduser.gov/portal/datasets/fmr.html</a></p> <p>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.</p>	

<sup>3</sup> 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 \$140,000; HUD's FMRs.

<b>Programa</b> 	<b>Pagos de emergencia para atender las necesidades de personas o familias</b>	
	Pagos de Energía Eléctrica	Monto del pago mensual adeudado, hasta un máximo de \$350.00, por mes.  Los pagos irán dirigidos al pago del gasto mensual y la porción del plan de pago del mes, 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.  Los pagos irán dirigidos al pago del gasto mensual y la porción del plan de pago del mes, si alguno, no a cubrir multas, penalidades o recargos.
<b>Requisitos de elegibilidad del participante</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Ingreso familiar dentro de los límites de ingresos bajos y/o moderados, si aplica, según citados previamente.<sup>4</sup></li> <li>2. Familia residente del municipio.</li> <li>3. El pago de emergencia solicitado es para atender una necesidad de la vivienda principal de la familia.</li> <li>4. Completar una hoja de solicitud.</li> <li>5. En el caso del pago de renta, hipoteca o utilidades, mostrar evidencia de atraso, según el concepto de pago solicitado, por ejemplo:                         <ol style="list-style-type: none"> <li>a. En el caso de la renta, certificación de deuda por parte del arrendador y copia de contrato de alquiler.</li> <li>b. En el caso de hipotecas estado del banco y/o carta de cobro en la cual se desglosan los meses adeudados.</li> </ol> </li> </ol>	

<sup>4</sup> El Municipio podrá seleccionar entre varias maneras de documentar el objetivo nacional de clientela limitada, según se establezca en cada actividad.

<p><b>Programa</b></p> 	<p><b>Pagos de emergencia para atender las necesidades de personas o familias</b></p>
	<p>c. En el caso de las utilidades factura o carta de cobro donde se desglosen los meses y las cantidades adeudadas.</p> <p>6. Presentar evidencia de ingresos y gastos para demostrar la falta de otras fuentes de ingreso o recursos que le permitan pagar los retrasos en el concepto solicitado, si aplica.</p>
<p><b>Objetivo Nacional:</b></p>	<p><b>LMC- Clientela limitada a personas de IBM</b></p> <p>Para efectos de este programa, el Municipio podrá demostrar el cumplimiento con este objetivo nacional, por proyecto, a través de una de las siguientes maneras:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>100% IBM</b> – la totalidad de los participantes a los que brinda servicios el Programa, son personas de ingresos bajos o moderados.</li> <li>• <b>Presunción de IBM</b> – El programa sirve exclusivamente a <b>una</b> 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 siguientes poblaciones siguientes:             <ul style="list-style-type: none"> <li>a. envejecientes (60 años o más) - certificado de nacimiento, licencia de conducir o identificación oficial donde se pueda identificar la edad o</li> <li>b. personas con impedimentos (discapacitada) - certificación de discapacidad (Formulario DV-SP-004) o evidencia del Seguro Social de que el participante está incapacitado.</li> </ul> </li> </ul> <p>El Municipio debe asegurar que solicita las evidencias correspondientes al momento de la solicitud del participante.</p>

<p><b>Programa</b></p> 	<p><b>Pagos de emergencia para atender las necesidades de personas o familias</b></p>
	<p><u>Por lo tanto, si el municipio desea brindar servicio, en cumplimiento con Objetivo Nacional por Presunción, a ambas poblaciones, tiene que someter proyectos por separado para cada población, entiéndase, un proyecto para envejecientes y otro aparte para discapacitados.</u></p> <p>Además, el Municipio tiene que mantener copia de las solicitudes de servicio (Formulario <b>DV-SP-002</b>), Criterios para Establecer Orden de Prioridad Proyecto Otros Programas de Servicio Público (Formulario <b>DV-SP-002A</b>) y Registro de Visitas para Solicitar Asistencia de Otros Programas de Servicio Público (Formulario <b>DV-SP-002B</b>), Informe Trimestral de Asistencia Provista (Formulario <b>DV-SP-009</b>), o cualquier otro documento que ayude a demostrar la provisión del servicio. Al cumplir por presunción de IBM, el Municipio mantendrá también evidencia de que el servicio estaba dirigido exclusivamente a esa población (por ejemplo, promoción, opúsculos, otros manuales de servicio, entre otros).</p>
<p><b>Proceso de evaluación de solicitudes</b></p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Antes de aprobar cualquier asistencia bajo el Programa, el Municipio tiene que requerir al solicitante: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Completar la Solicitud para el Programa (Formulario <b>DV-SP-002</b>)</li> <li>• Completar la Hoja de Certificación de No Duplicidad de Servicios (Formulario <b>DV-SP-005</b>).</li> <li>• Entregar todos los documentos complementarios.</li> </ul> </li> <li>2. El personal del Municipio evaluará la solicitud y asegurará que la familia cualifica, de acuerdo con el modo de documentación y cumplimiento con objetivo nacional de clientela limitada y que cumple con otras normas asociadas al Programa.</li> </ol>

<p>Programa</p> 	<p>Pagos de emergencia para atender las necesidades de personas o familias</p>
	<p>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” (Formulario <b>DV-SP-007</b>), firmado por el Director de Programas Federales o coordinador del servicio, el cual se someterá al DVPR conjuntamente con los otros documentos requeridos, manteniendo copia en el expediente del 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 (Formulario <b>DV-SP-002A</b>).</p> <p>4. Una vez haya cumplido con los pasos 1 al 3, el Municipio podrá requisar los fondos al DVPR.</p>
<p><b>Proceso para requisar fondos</b></p>	<p>Los siguientes documentos tienen que incluirse junto con la requisición de fondos que el Municipio envíe al DVPR <b>al cualificar al participante por 100% IBM</b>, para la otorgación de las subvenciones:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Requisición con las ( 2 ) firmas autorizadas en la última tarjeta sometida al Departamento de la Vivienda.</li> <li>2. Hoja de “Checklist”, para la categoría de Servicio Público correspondiente</li> <li>3. Hoja de Solicitud para Pagos de Emergencia para Atender la Necesidades de Personas o Familias. (Formulario <b>DV-SP-002</b>)</li> <li>4. Copia de una identificación con foto y firma del participante.</li> <li>5. Copia de la “Hoja de Certificación de Elegibilidad y Cumplimiento del Participante” (Formulario <b>DV-SP-007</b>), manteniendo el original en el expediente del municipio</li> </ol>

<p>Programa</p> 	<p>Pagos de emergencia para atender las necesidades de personas o familias</p>
	<p>6. Evidencia de todos los documentos de ingresos, que sustenten lo provisto en el Formulario <b>DV-SP-002A</b>, utilizados para cualificar al solicitante, entiéndase:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Copia de las planillas de contribución sobre ingreso y/o</li> <li>– Forma SSA-1099 “<i>Social Security Benefits Statement</i>” del Seguro Social.</li> </ul> <p><b>En caso de no existir alguno de los anteriores, proveer copia de los siguientes documentos:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Certificación Negativa del Departamento del Trabajo, por Desempleo o SINOT y/o</li> <li>– Estado de Cuenta Bancaria de los pasados tres meses y/o</li> <li>– Talonario de Pago y/o</li> <li>– Cualquier otra evidencia oficial que haya sido evaluada para documentar los ingresos del solicitante.</li> </ul> <p>7. Evidencia de atraso del bien o servicio solicitado.</p> <p>En el caso de cualificar al participante, en cumplimiento con <b>Objetivo Nacional por Presunción</b>, enviará, solamente, los siguientes documentos:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Requisición con las ( 2 ) firmas autorizadas en la última tarjeta sometida al Departamento de la Vivienda.</li> <li>2. Hoja de “Checklist”, para la categoría de Servicio Público correspondiente</li> <li>3. Hoja de Solicitud para Pagos de Emergencia para Atender la Necesidades de Personas o Familias. (Formulario <b>DV-SP-002</b>)</li> <li>4. Copia de una identificación con foto y firma del participante</li> </ol>

<p>Programa</p> 	<p>Pagos de emergencia para atender las necesidades de personas o familias</p>
	<p>5. Copia de la “Hoja de Certificación de Elegibilidad y Cumplimiento del Participante” (Formulario <b>DV-SP-007</b>), manteniendo el original en el expediente del municipio</p> <p>6. Evidencia para cumplimiento con Objetivo Nacional:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. envejecientes (60 años o más) - certificado de nacimiento, licencia o identificación oficial donde se pueda identificar la edad</li> <li>b. personas con impedimentos - certificación de discapacidad (Formulario <b>DV-SP-004</b>) o evidencia del Seguro Social de que el participante está incapacitado</li> </ul> <p>7. Evidencia de atraso del bien o servicio solicitado.</p> <p>Además, el Municipio deberá completar la requisición según los procesos establecidos por la reglamentación aplicable al desembolso de fondos CDBG.</p> <p><b>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.</b></p> <p>En la eventualidad de que la transacción no se complete, el Municipio deberá revertir el dinero, según la política vigente establecida por el DV.</p>

<p><b>Programa</b></p> 	<p><b>Pagos de emergencia para atender las necesidades de personas o familias</b></p>
<p><b>Anejos</b></p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Hoja de Solicitud para Pagos de Emergencia para Atender la Necesidades de Personas o Familias (DV-SP-002).</li> <li>2. Criterios para Establecer Orden de Prioridad Proyecto Pagos de Emergencia (DV-SP-002A)</li> <li>3. Registro de Visitas para Solicitar Asistencia Programa de Pagos de Emergencia (DV-SP-002B)</li> <li>4. Hoja de Documentos Requeridos para Pagos de Emergencia (DV-SP-003).</li> <li>5. Hoja de Certificación de Discapacidad (DV-SP-004).</li> <li>6. Hoja de Certificación Sobre No Duplicidad de Beneficios (DV-SP-005).</li> <li>7. Hoja de Certificación de Deuda por Concepto de Alquiler (DV-SP-006).</li> <li>8. Certificación de Elegibilidad y Cumplimiento del Participante (DV-SP-007).</li> <li>9. Convenio de Servicios Programa de Servicios Públicos (DV-SP-008).</li> <li>10. Informe Trimestral de Gastos y Asistencia Provista (DV-SP-009).</li> </ol>

<p><b>Programa</b></p> 	<p><b>Vales de alimentos (compras)</b></p>
<p><b>Código HUD</b></p>	<p><b>05Q</b></p>
<p><b>Descripción</b></p>	<p>El Programa de vales de alimentos, va dirigido a atender las necesidades de las familias. Los vales se otorgarán para:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Alimentos</b> (compra del hogar).</li> </ul> <p><b>Se podrá otorgar la asistencia a los participantes que cualifiquen, una sola vez, hasta un máximo de tres (3) meses consecutivos. El participante, de haber recibido ayuda del programa de vales de alimento, bajo cualquier programa CDBG, incluyendo CV-19, no</b></p>

<b>Programa</b> 	<b>Vales de alimentos (compras)</b>				
	<p><b>será elegible a la ayuda de vales de alimento, por un periodo de <u>dos (2) años</u>, luego de haber recibido la misma.</b></p> <p>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.</p> <p>La asistencia mensual a ser otorgada para este concepto está sujeta a los siguientes límites:</p> <table border="1" data-bbox="448 821 1435 1041"> <thead> <tr> <th data-bbox="448 821 683 930">Concepto de pago</th> <th data-bbox="683 821 1435 930">Máximo<sup>5</sup></th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="448 930 683 1041">Vales para la Compra de Alimentos<sup>6</sup></td> <td data-bbox="683 930 1435 1041">Hasta un <b>máximo de \$200.00, por cada persona del componente familiar, por mes.</b></td> </tr> </tbody> </table> <p><b>El vale de comida, será entregado al participante, no obstante el pago del reembolso, por el uso del vale, será emitido directamente al comerciante, siempre y cuando cumpla con los requisitos establecidos en este manual.</b></p>	Concepto de pago	Máximo <sup>5</sup>	Vales para la Compra de Alimentos <sup>6</sup>	Hasta un <b>máximo de \$200.00, por cada persona del componente familiar, por mes.</b>
Concepto de pago	Máximo <sup>5</sup>				
Vales para la Compra de Alimentos <sup>6</sup>	Hasta un <b>máximo de \$200.00, por cada persona del componente familiar, por mes.</b>				
<b>Población Requisitos de elegibilidad</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Participante tiene que cualificar bajo la categoría de Presunción correspondiente, entiéndase personas envejecientes o con impedimentos (discapacitada).</li> <li>2. El vale de alimentos solicitado va dirigido a atender las necesidades de la familia.</li> </ol>				

<sup>5</sup> Para efectos de establecer las cantidades máximas a subvencionar a las familias, se utilizaron diversas fuentes de información, incluyendo: promedio de gastos de compra según los datos públicos más recientes de la Radiografía del Consumidor, publicado por MIDA; HUD's FMRs.

<sup>6</sup> 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.

<p><b>Programa</b></p> 	<p><b>Vales de alimentos (compras)</b></p>
<p><b>del participante</b></p>	<p>3. Familia residente del municipio. 4. Completar una hoja de solicitud.</p>
<p><b>Objetivo Nacional</b></p>	<p>Para efectos de esta actividad, el Municipio podrá documentar cumplimiento con objetivo nacional, a través de:</p> <p><b>LMC- CLIENTELA LIMITADA A PERSONAS DE IBM</b></p> <p>Al utilizar Clientela Limitada, el Municipio demostrará el cumplimiento con este objetivo nacional de <b>la siguiente manera</b>:</p> <p>1. <b>Presunción de IBM</b> – el programa sirve exclusivamente a <u>una clientela</u> que se presume de ingresos bajos y moderados, por lo tanto, tiene que contar con información en los expedientes que demuestre que pertenece a una de las siguientes poblaciones:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>envejecientes (60 años o más) - certificado de nacimiento, licencia o identificación oficial donde se pueda identificar la edad.</li> <li>personas con impedimentos (discapacitada) - certificación de discapacidad (Formulario <b>DV-SP-004</b>) o evidencia del Seguro Social de que el participante está incapacitado.</li> </ol> <p><u>Por lo tanto, si el municipio desea brindar servicio a ambas poblaciones, tiene que someter proyectos por separado para cada población, entiéndase, un proyecto para envejecientes y otro aparte para personas con impedimentos.</u></p> <p>El Municipio tiene que asegurar que solicita las evidencias correspondientes al momento de la solicitud del participante.</p> <p>El Municipio tiene que mantener copia de las Solicitudes de Servicio (Formulario <b>DV-SP-010</b>), Criterios para Establecer Orden de Prioridad</p>

<p>Programa</p> 	<p>Vales de alimentos (compras)</p>
	<p>Proyecto Otros Programas de Servicio Público (Formulario <b>DV-SP-010A</b>) y Registro de Visitas para Solicitar Asistencia de Otros Programas de Servicio Público (Formulario <b>DV-SP-010B</b>), Informe Trimestral de Asistencia Provista (Formulario <b>DV-SP-013</b>), o cualquier otro documento que ayude a demostrar la provisión del servicio. Al cumplir por presunción de IBM, el Municipio mantendrá también evidencia de que el servicio estaba dirigido exclusivamente a esa población (por ejemplo, promoción, opúsculos, otros manuales de servicio, entre otros).</p>
<p><b>Proceso de evaluación de solicitudes</b></p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Antes de aprobar cualquier asistencia bajo el Programa, el Municipio tiene que requerir al solicitante: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Completar la Solicitud para el Programa (Formulario <b>DV-SP-010</b>)</li> <li>• Completar la Hoja de Certificación de No Duplicidad de Servicios (Formulario <b>DV-SP-005</b>).</li> <li>• Entregar todos los documentos complementarios.</li> </ul> </li> <li>2. El personal del Municipio evaluará la solicitud y asegurará 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.</li> <li>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 “Hoja de Certificación de Elegibilidad y Cumplimiento para Otros Programas de Servicio Público” (Formulario <b>DV-SP-007A</b>), debidamente firmado por el Director de Programas Federales o coordinador del servicio, el cual a su vez será sometido</li> </ol>

<p>Programa</p> 	<p>Vales de alimentos (compras)</p>
	<p>al DVPR conjuntamente con los otros documentos requeridos, manteniendo copia en el expediente del municipio.</p> <p>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 (Formulario <b>DV-SP-010A</b>).</p> <p>Una vez haya cumplido con los pasos anteriores, el Municipio podrá requisar los fondos al DVPR.</p>
<p><b>Proceso para requisar</b></p>	<p>En cumplimiento con <b>Objetivo Nacional por Presunción</b>, enviará, solamente, los siguientes documentos:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Requisición con las ( 2 ) firmas autorizadas en la última tarjeta sometida al Departamento de la Vivienda.</li> <li>2. Hoja de “Checklist”, para la categoría de Servicio Público correspondiente.</li> <li>3. Evidencia para cumplimiento con Objetivo Nacional:             <ol style="list-style-type: none"> <li>a. envejecientes (60 años o más) - certificado de nacimiento, licencia o identificación oficial donde se pueda identificar la edad.</li> <li>b. personas con impedimentos (discapacitadas) - certificación de discapacidad (Formulario <b>DV-SP-004</b>) o evidencia del Seguro Social de que el participante está incapacitado.</li> </ol> </li> <li>4. Listado de participantes que incluya: nombre del participante, edad, nombre del comerciante (supermercado), fecha del vale (mes),</li> </ol>

<p>Programa</p> 	<p>Vales de alimentos (compras)</p>
	<p>número de vale y cantidad. <b>(Solicitar modelo al Técnico de Presupuesto, asignado a su Municipio).</b></p> <p>Además, el Municipio deberá completar la requisición según los procesos establecidos por la reglamentación aplicable al desembolso de fondos CDBG. <b>Es importante recalcar, que los pagos no se podrán hacer directamente a los participantes, sino al proveedor de los servicios.</b></p> <p>Antes de 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. <u>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.</u></p> <p>En la eventualidad de que la transacción no se complete, se aplicarán las políticas y procedimientos de recobro vigentes que establezca el Estado.</p>
<p><b>Anejos</b></p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Hoja de Solicitud de Servicios para Otros Programas de Servicio Público (DV-SP-010)</li> <li>2. Criterios para Establecer Orden de Prioridad Proyecto Otros Programas de Servicio Público (DV-SP-010A)</li> <li>3. Registro de Visitas para Solicitar Asistencia para Otros Programas de Servicio Público (DV-SP-010B)</li> <li>4. Hoja de Documentos Requeridos para Otros Programas de Servicio Público (DV-SP-011)</li> </ol>

<p><b>Programa</b></p> 	<p><b>Vales de alimentos (compras)</b></p>
	<ol style="list-style-type: none"> <li>5. Hoja de Certificación de Discapacidad (DV-SP-004)</li> <li>6. Hoja de Certificación Sobre No Duplicidad de Beneficios (DV-SP-005)</li> <li>7. Hoja de Certificación de Elegibilidad y Cumplimiento del Participante para Otros Programas de Servicio Público (DV-SP-007A)</li> <li>8. Convenio de Servicios Programas de Servicio Público (DV-SP-008)</li> <li>9. Informe Trimestral de Gastos y Asistencia Provista para Otros Programas de Servicio Público (DV-SP-013)</li> <li>10. Hoja de Vale para Compra de Alimentos (DV-SP-013A)</li> </ol>

<p><b>Programa</b></p> 	<p><b>Servicios de asistencia en el hogar para envejecientes o personas discapacitadas</b></p>
<p><b>Código HUD</b></p>	<p><b>05A - Envejecientes</b> <b>05B – Discapacitadas</b></p>
<p><b>Descripción</b></p>	<p>Servicios de asistencia en el hogar para envejecientes o personas con impedimentos (discapacitadas). Este programa se deberá regir por la <b>“Guía Operacional para el Servicio de Auxiliares en el Hogar”</b>, vigente.</p>
<p><b>Población</b></p>	<p>Personas de ingresos bajos y moderados de 60 años o más, o adultos con un impedimento (discapacidad) severa.</p>
<p><b>Objetivo Nacional</b></p>	<p>El Municipio podrá documentar el cumplimiento de Objetivo Nacional de Clientela Limitada, a través de la <b>Presunción de IBM</b>:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. <b>Presunción de IBM</b> – el programa sirve exclusivamente a <b>una clientela</b> que se presume de ingresos bajos y moderados, por lo</li> </ol>

<p>Programa</p> 	<p>Servicios de asistencia en el hogar para envejecientes o personas discapacitadas</p>
	<p>tanto, tiene que contar con información en los expedientes que demuestre que pertenece a una de las poblaciones siguientes:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>envejecientes de 60 años o más - certificado de nacimiento, licencia de conducir o identificación oficial donde se pueda identificar la edad.</li> <li>personas con impedimentos (discapacitada) - certificación de discapacidad (Formulario <b>DV-SP-004</b>) o evidencia del Seguro Social de que el participante está incapacitado.</li> </ol> <p><u>Por lo tanto, si el municipio desea brindar servicio a ambas poblaciones, tiene que someter proyectos por separado para cada población, entendiéndose, un proyecto para envejecientes y otro aparte para discapacitados.</u></p> <p>El Municipio tiene que asegurar que solicita las evidencias correspondientes al momento de la solicitud del participante.</p> <p>El Municipio tiene que mantener copia de las solicitudes de servicio, registro de visitas, informes o cualquier otro documento que ayude a demostrar la provisión del servicio. Al cumplir por presunción de IBM, el Municipio mantendrá también evidencia de que el servicio estaba dirigido exclusivamente a esa población (por ejemplo, promoción, opúsculos, otros manuales de servicio, entre otros).</p> <p>Para determinar los formularios requeridos, referirse al <b>“GUÍA OPERACIONAL PARA EL PROGRAMA DE SERVICIO DE AUXILIARES EN EL HOGAR”</b>.</p>
<p>Proceso de evaluación de solicitudes</p>	<p>Referirse al <b>“GUÍA OPERACIONAL PARA EL PROGRAMA DE SERVICIO DE AUXILIARES EN EL HOGAR”</b>.</p>

<p>Programa</p> 	<p>Servicios de asistencia en el hogar para envejecientes o personas discapacitadas</p>
<p>Proceso para requisar</p>	<p>El Municipio deberá seguir los pasos requeridos de ordinario para las requisiciones de reembolsos bajo el programa de CDBG del Estado.</p> <p>En la <b>primera solicitud de fondos</b>, al documentar el modo de operar el servicio y cumplimiento con Objetivo Nacional de Clientela Limitada, a través de la <b>Presunción de IBM</b>, el Municipio tiene que entregar, <b><u>por cada participante</u></b>, la siguiente evidencia de la cualificación o elegibilidad:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>a. envejecientes de 60 años o más - certificado de nacimiento, licencia de conducir o identificación oficial donde se pueda identificar la edad.</li> <li>b. personas con impedimentos (discapacitadas) - certificación de discapacidad (Formulario <b>DV-SP-004</b>) o evidencia del Seguro Social de que el participante está incapacitado.</li> </ol> <p>Además, de acuerdo al proceso ordinario de requisición, el Municipio deberá entregar evidencia de la provisión del servicio y de los gastos incurridos subvencionados con los fondos CDBG. Referirse a la Hoja de Cotejo del Formulario de Requisición de Fondos, para esta actividad.</p> <p>De la <b>segunda solicitud de fondos en adelante</b>, de acuerdo al proceso ordinario de requisición, el Municipio <b><u>solo</u></b> entregar evidencia de la provisión del servicio y de los gastos incurridos subvencionados con los fondos CDBG.</p>
<p>Anejos</p>	<p><b>VEASE GUÍA OPERACIONAL PARA EL PROGRAMA DE SERVICIO DE AUXILIARES EN EL HOGAR</b></p>

<p><b>Programa</b></p> 	<p><b>Adquisición e instalación de baterías con placas solares portátiles para su recarga</b></p>
<p><b>Código HUD</b></p>	<p><b>05Z - Other Public Services</b></p>
<p><b>Descripción</b></p>	<p><b>Programa dirigido a proveer baterías con placas solares portátiles</b>, para su recarga, a individuos y familias de ingresos bajos y moderados. <b>No será elegible la compra e instalación de generadores de energía.</b></p> <p>Para los proyectos de adquisición e instalación de este equipo la cantidad estimada a invertirse será de <b>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.</b> 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.</p> <p>El equipo adquirido se instalará de acuerdo con las instrucciones específicas de los fabricantes.</p>
<p><b>Población</b></p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Familias de ingresos de ingresos bajos y/o moderados, según citados.</li> <li>2. Familia residente del municipio.</li> </ol>
<p><b>Objetivo Nacional</b></p>	<p>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 <b><u>una de las siguientes maneras:</u></b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. <b>100% IBM</b> – 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</li> </ol>

<p>Programa</p> 	<p>Adquisición e instalación de baterías con placas solares portátiles para su recarga</p>
	<p>las familias servidas y el ingreso de estas para demostrar que el 100% de la clientela son de ingresos bajos o moderados.</p> <p><b>2. Presunción de IBM</b> – 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.</p> <p>a. envejecientes de 60 años o más - certificado de nacimiento, licencia o identificación oficial donde se pueda identificar la edad.</p> <p>b. personas con impedimentos (discapacitadas) - certificación de discapacidad (Formulario <b>DV-SP-004</b>) o evidencia del Seguro Social de que el participante está incapacitado.</p> <p>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).</p>
<p><b>Proceso de evaluación de solicitudes</b></p>	<p>1. Antes de aprobar cualquier asistencia bajo el Programa, el Municipio debe requerir al solicitante:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Completar la Solicitud para el Programa (Formulario <b>DV-SP-010</b>)</li> </ul>

<p>Programa</p> 	<p>Adquisición e instalación de baterías con placas solares portátiles para su recarga</p>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Completar la Hoja de Certificación de No Duplicidad de Servicios (Formulario <b>DV-SP-005</b>).</li> <li>• Entregar todos los documentos complementarios.</li> </ul> <p>2. El personal del Municipio evaluará la solicitud y asegurará que la familia cualifica, de acuerdo con el modo de documentación y cumplimiento con objetivo nacional de clientela limitada y que cumple con otras normas asociadas al Programa.</p> <p>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 “Hoja de Certificación de Elegibilidad y Cumplimiento para Otros Programas de Servicio Público” (Formulario <b>DV-SP-007A</b>), firmado por el Director de Programas Federales o coordinador del servicio, el cual se someterá al DVPR conjuntamente con los otros documentos requeridos, manteniendo copia en el expediente del 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 (Formulario <b>DV-SP-010A</b>).</p> <p>4. Una vez haya cumplido con los pasos 1 al 3, el Municipio podrá requisar los fondos al DVPR.</p>
<p><b>Proceso para requisar</b></p>	<p>Los siguientes documentos tienen que incluirse junto con la requisición de fondos que el Municipio envíe al DVPR <b>al cualificar al participante por 100% IBM</b>, para la otorgación de las subvenciones:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Requisición con las ( 2 ) firmas autorizadas en la última tarjeta sometida al Departamento de la Vivienda.</li> </ol>

<p>Programa</p> 	<p>Adquisición e instalación de baterías con placas solares portátiles para su recarga</p>
	<ol style="list-style-type: none"> <li>2. Hoja de “Checklist”, para la categoría de Servicio Público correspondiente.</li> <li>3. Hoja de Solicitud para el Programa. (Formulario <b>DV-SP-010</b>)</li> <li>4. Copia de una identificación con foto y firma del participante.</li> <li>5. Copia de la “Hoja de Certificación de Elegibilidad y Cumplimiento para Otros Programas de Servicio Público” (Formulario <b>DV-SP-007A</b>), manteniendo el original en el expediente del municipio</li> <li>6. Evidencia de todos los documentos de ingresos, que sustenten lo provisto en el Formulario <b>DV-SP-002A</b>, utilizados para cualificar al solicitante, entiéndase:             <ul style="list-style-type: none"> <li>– Copia de las planillas de contribución sobre ingreso y/o</li> <li>– Forma SSA-1099 “<i>Social Security Benefits Statement</i>” del Seguro Social.</li> </ul> <p><b>En caso de no existir alguno de los anteriores, proveer copia de los siguientes documentos:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Certificación Negativa del Departamento del Trabajo, por Desempleo o SINOT y/o</li> <li>– Estado de Cuenta Bancaria de los pasados tres meses y/o</li> <li>– Talonario de Pago y/o</li> <li>– Cualquier otra evidencia oficial que haya sido evaluada para documentar los ingresos del solicitante.</li> </ul> <p>En el caso de cualificar al participante, en cumplimiento con <b>Objetivo Nacional por Presunción</b>, enviará, solamente, los siguientes documentos:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Requisición con las ( 2 ) firmas autorizadas en la última tarjeta sometida al Departamento de la Vivienda.</li> </ol> </li> </ol>

<p>Programa</p> 	<p>Adquisición e instalación de baterías con placas solares portátiles para su recarga</p>
	<ol style="list-style-type: none"> <li>2. Hoja de “Checklist”, para la categoría de Servicio Público correspondiente.</li> <li>3. Hoja de Solicitud para el Programa. (Formulario <b>DV-SP-010</b>)</li> <li>4. Copia de una identificación con foto y firma del participante</li> <li>5. Copia de la “Hoja de Certificación de Elegibilidad y Cumplimiento para Otros Programas de Servicio Público” (Formulario <b>DV-SP-007A</b>), manteniendo el original en el expediente del municipio</li> <li>6. Evidencia para cumplimiento con Objetivo Nacional:             <ol style="list-style-type: none"> <li>a. envejecientes (60 años o más) - certificado de nacimiento, licencia de conducir o identificación oficial donde se pueda identificar la edad.</li> <li>b. personas con impedimentos (discapacidad) - certificación de discapacidad (Formulario <b>DV-SP-004</b>) o evidencia del Seguro Social de que el participante está incapacitado.</li> </ol> </li> </ol> <p>Además, el Municipio deberá completar la requisición según los procesos establecidos por la reglamentación aplicable al desembolso de fondos CDBG.</p> <p><b>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.</b></p> <p>En la eventualidad de que la transacción no se complete, el Municipio deberá revertir el dinero, según la política vigente establecida por el DV.</p>

<p>Programa</p> 	<p>Adquisición e instalación de baterías con placas solares portátiles para su recarga</p>
<p>Anejos</p>	<p><b>Véase Anejo B: Documentos para otros Programas de Servicio Público</b> </p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Hoja de Solicitud de Servicios para Otros Programas de Servicio Público (DV-SP-010)</li> <li>2. Criterios para Establecer Orden de Prioridad Proyecto Otros Programas de Servicio Público (DV-SP-010A)</li> <li>3. Registro de Visitas para Solicitar Asistencia para Otros Programas de Servicio Público (DV-SP-010B)</li> <li>4. Hoja de Documentos Requeridos para Otros Programas de Servicio Público (DV-SP-011)</li> <li>5. Hoja de Certificación de Discapacidad (DV-SP-004)</li> <li>6. Hoja de Certificación Sobre No Duplicidad de Beneficios (DV-SP-005)</li> <li>7. Hoja de Certificación de Elegibilidad y Cumplimiento para Otros Programas de Servicio Público (DV-SP-007A)</li> <li>8. Informe trimestral de gastos y asistencia provista para Otros Programas de Servicio Público (DV-SP-013)</li> <li>9. Acuerdo de Participación en Proyecto de Servicio Público - Batería con Placas Solares Portátiles para su Recarga (DV-SP-016)</li> </ol>

## 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. Como Anejo a este manual, se incluye Hoja de

Certificación de No Duplicidad de Servicios (Formulario **DV-SP-005**), 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 **admisibilidad, razonabilidad y adjudicabilidad** de la compra o adquisición.

## CUMPLIMIENTO AMBIENTAL

El 24 CFR Parte 58 establece los **Procedimientos de Revisión Ambiental**. Las leyes ambientales se mencionan en el 24 CFR Parte 58.5. Los proyectos Exentos se listan en el 24 CFR 58.34. Las Exclusiones Categóricas Sujetas a los Criterios Ambientales del 58.5 se listan en el 58.35(a). Las Exclusiones Categóricas No Sujetas al 58.5 se listan en el 58.35(b). Los proyectos de construcción nuevos deben preparar una Evaluación Ambiental (24 CFR 58.36). Los proyectos de impacto ambiental deben preparar una Declaración de Impacto Ambiental (24 CFR 58.37).

Las formas de Revisión Ambiental se incluyen en los siguientes documentos:

1. 24 CFR 58.34 - Determination of Exemption
2. 24 CFR 58.34 - Exclusions listed in Section 58.35(a) provided that there are no circumstances which require compliance with any other Federal laws and authorities cited in [§ 58.5](#)
3. 24 CFR 58.35 - Categorical Exclusions Subject to 58.5
4. 24 CFR 58.35 - Categorical Exclusions Not Subject to 58.5 (CENST)
5. 24 CFR 58.36 - Environmental Assessment (EA)
6. 24 CFR 58.37 - Environmental Impact Statement (EIS) Format

## MONITORIA

La División de Reglamentación e Intervención Fiscal adscrita al Programa CDBG en el DVPR llevará a cabo monitorias 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 monitoria, los programas y funciones a monitorear, las fechas previstas y los recursos necesarios.

### PROCESO GENERAL DE MONITORIA

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

1. Notificación a los participantes del programa: Una vez se determine la fecha y el tipo de monitoria, se enviará una carta al participante del programa. Salvo circunstancias excepcionales, esta carta será enviada al menos dos semanas antes al comienzo de la monitoria y discutirá la agenda de la monitoria, identificará las áreas a ser monitoreadas, y los nombres y cargos del personal DVPR que realizará la monitoria.
2. 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
3. Conferencia inicial: El propósito de la conferencia inicial es explicar cómo se realizará la monitoria; identificar personal clave del programa que le ayudará durante la monitoria; establecer los periodos de entrevista y, si aplica, programar inspecciones físicas.
4. Proceso de evaluación: conlleva entrevistas y revisión de archivos para verificar y documentar el cumplimiento y desempeño del participante.
5. 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.

6. Conferencia de salida: Al finalizar la monitoria, 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 monitoria y se tomará en consideración al redactar la carta de monitoria.
7. Informe: El DVPR emitirá un informe de monitoria 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 monitorias de los Programas de Servicio Público (Fondos CDBG) el monitor utilizará la Hoja de Monitoria de Objetivo Nacional de Clientela Limitada o de Área Beneficio.

## **ANEJOS**

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

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

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

**CERTIFICACIÓN CUMPLIMIENTO CON NORMAS Y REGULACIONES EN LOS  
MANUALES (FORMULARIO DV-SP-001)  
PROGRAMA DE SERVICIO PÚBLICO**

**PROYECTO Número de Proyecto**

**CERTIFICACIÓN**

Certifico que, el Municipio de Nombre del Municipio cumplirá con todas las normas y regulaciones establecidas en el Manual para el Programa de Servicios Públicos año, del Programa CDBG y mantendrá los expedientes que validen, en procesos de monitoria, el cumplimiento de los requisitos establecidos en la **Guía Operacional del Programa de Pagos de Emergencia.**

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)**

SELO DEL MUNICIPIO

## HOJA DE SOLICITUD PARA PAGOS DE EMERGENCIA PARA ATENDER LAS NECESIDADES DE PERSONAS O FAMILIAS (FORMULARIO DV-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. ¿Cuántas personas componen su hogar, incluyéndose usted? \_\_\_\_\_
5. 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 de Familia				

**INFORMACIÓN DE INGRESOS**

Para cada miembro de la familia deberá indicar su ingreso, la fuente de estos, 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)

<b>TOTAL INGRESO FAMILIAR</b>				

<b>DETALLE DE LOS INGRESOS</b>		
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. <b>NO APLICA</b> cantidades designadas para albergue, utilidades, WIC, asistencia nutricional (PAN), y cuidado 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. <b>*Cantidad viene de la tabla de activos. (b)</b>	\$
8.	Por concepto de ingresos a miembros de las fuerzas armadas de los Estados Unidos (Reserva, Guardia Nacional, Ejército, etc.). Ver instrucciones.	\$
9.	<b>Ingreso Bruto Anual</b> (Suma de las líneas 1 a la 8)	\$
10.	<b><u>Ingreso Bruto Mensual</u></b> (Línea 9 dividida entre 12)	\$
11.	<b><u>10% del Ingreso Bruto Mensual</u></b> (Línea 10 multiplicado por .10)	\$

ACTIVOS			
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 <i>passbook rate</i> si no hay activos déjelo en blanco. <i>Passbook Rate</i> _____%. *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 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.	<p>\$400 por cada familia con adultos mayores o con personas discapacitadas.</p> <p>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 60 años de edad. Puede incluir a dos o más personas de al menos 60 años que vivan juntas, o a una o más personas de al menos 60 años que vivan con uno o más asistentes o cuidadores.</p> <p>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.</p>	\$
18.	Costos razonables de cuidado de niños. (Deducción máxima de \$824 <sup>7</sup> mensual, por la cantidad de meses de cuidado).	\$
19.	La suma de los siguientes <i>items (i + ii)</i> siempre y cuando los mismos excedan <b>el 3% del ingreso bruto anual</b> . De no ser así, debe anotar <b>\$0.00</b> .	\$

<sup>7</sup> La cuantía máxima establecida está basada en las tarifas prevaletientes 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			
	<p>i. Gastos por cuidado a miembros de la familia incapacitados (no envejecientes)  <b>Total i: \$</b>_____</p> <p>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. <b>Total ii: \$</b>_____</p> <p>a) Entre el total de los gastos médicos no reembolsados:  <b>Total (suma de i + ii) = \$</b>_____</p> <p>b) Ingreso Bruto Anual (línea 15) multiplicado por .03 \$ _____</p> <p>Reste la cantidad de <b>b)</b> menos <b>a)</b>, siempre y cuando la cantidad de <b>a)</b> sea mayor que <b>b)</b>. De lo contrario, si <b>b)</b> es mayor que <b>a)</b> anote \$ 0 en el Encasillado 19.</p>		
20.	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 70%;"><b>Ingreso Anual Ajustado</b> (línea 15 (Ingreso Anual Bruto) menos la suma de las líneas 16 a la 19 (Deducciones)</td> <td style="width: 30%; text-align: right;">\$</td> </tr> </table>	<b>Ingreso Anual Ajustado</b> (línea 15 (Ingreso Anual Bruto) menos la suma de las líneas 16 a la 19 (Deducciones)	\$
<b>Ingreso Anual Ajustado</b> (línea 15 (Ingreso Anual Bruto) menos la suma de las líneas 16 a la 19 (Deducciones)	\$		

**6. 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	\$
<b>Total de estos gastos</b>	<b>\$</b>

7. ¿Para cuál(es) de los siguientes conceptos solicita la asistencia del Municipio? Podrá solicitar para un solo concepto que se enumeran a continuación.

Concepto de la solicitud	Indique el mes y la cantidad para el concepto que aplique			Total
<input type="checkbox"/> Pago de energía eléctrica				
<input type="checkbox"/> Pago de agua				
<input type="checkbox"/> Pago de Renta				
<input type="checkbox"/> Pago de Hipoteca				
¿A cuánto asciende la cantidad que adeuda?				\$

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

Sí     No

9. ¿Cuánto tiempo lleva vivienda en esta dirección? \_\_\_\_\_ años \_\_\_\_\_ meses

#### 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.](#)

#### 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.

### 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 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

<b>DETERMINACIÓN FINAL DE ELEGIBILIDAD POR INGRESOS: Marque con una (x) lo que aplique en cada caso.</b>	
<input type="checkbox"/> Elegible	<input type="checkbox"/> No es elegible (ingresos exceden el límite establecido por tamaño de la unidad familiar, según la tabla de HUD) <b>Límite de Ingresos del Año</b> _____

**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**

**CRITERIOS PARA ESTABLECER ORDEN DE PRIORIDAD PROYECTO DE PAGOS DE EMERGENCIA (FORMULARIO DV-SP-002A)**

MUNICIPIO DE: \_\_\_\_\_ CASO NÚMERO: \_\_\_\_\_

NOMBRE DEL PARTICIPANTE: \_\_\_\_\_

DIRECCIÓN: \_\_\_\_\_

PROYECTO NÚMERO: \_\_\_\_\_

RENTA     HIPOTECA     ENERGIA ELÉCTRICA     AGUA

**CRITERIOS A EVALUAR**

1. Salud Física y/o Mental de la Familia (debe coincidir con el total de composición familiar)

Persona con Impedimento \_\_\_\_\_

Persona sin Impedimento \_\_\_\_\_

Condición Terminal \_\_\_\_\_

**TOTAL** \_\_\_\_\_

**CRITERIOS DE PRIORIDAD**

Composición Familiar

– Un (1) punto por cada menor de 10 años que viva con la familia. \_\_\_\_\_

– Dos (2) puntos si el dueño es madre soltera jefe de familia. \_\_\_\_\_

– Dos (2) puntos si el dueño es de edad avanzada jefe de familia. \_\_\_\_\_

**TOTAL COMPOSICIÓN FAMILIAR** \_\_\_\_\_

Salud Física y/o Mental de la Familia

– Dos (2) puntos por cada persona con impedimento en la composición familiar. \_\_\_\_\_

– Dos (2) puntos por cada persona con condición terminal en la composición familiar. \_\_\_\_\_

**TOTAL SALUD FÍSICA Y/O MENTAL** \_\_\_\_\_

**PUNTUACION FINAL** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
**NOMBRE Y FIRMA DEL REPRESENTANTE MUNICIPAL**

\_\_\_\_\_  
**FECHA**

**Este documento debe ser completado y puede ser modificado por el Municipio, utilizando otros criterios. El mismo es parte del manual, por lo cual es un requisito imprescindible.**

**REGISTRO DE VISITAS PARA SOLICITAR ASISTENCIA (FORMULARIO DV-SP-002B)  
PROGRAMA DE PAGOS DE EMERGENCIA PARA ATENDER LAS NECESIDADES DE PERSONAS O FAMILIAS**

MUNICIPIO: \_\_\_\_\_ PERIODO: DESDE \_\_\_\_\_ /20\_\_ A \_\_\_\_\_ /20\_\_

NOMBRE DE LOS SOLICITANTES	DIRECCIÓN	MONTO DE LA SUBVENCIÓN SOLICITADA	CONCEPTO	FECHA Y HORA DE VISITA	COMENTARIOS
		\$	<input type="checkbox"/> Pago hipoteca <input type="checkbox"/> Pago Alquiler <input type="checkbox"/> Pago Agua <input type="checkbox"/> Pago Energía Eléctrica		
		\$	<input type="checkbox"/> Pago hipoteca <input type="checkbox"/> Pago Alquiler <input type="checkbox"/> Pago Agua <input type="checkbox"/> Pago Energía Eléctrica		
		\$	<input type="checkbox"/> Pago hipoteca <input type="checkbox"/> Pago Alquiler <input type="checkbox"/> Pago Agua <input type="checkbox"/> Pago Energía Eléctrica		
		\$	<input type="checkbox"/> Pago hipoteca <input type="checkbox"/> Pago Alquiler <input type="checkbox"/> Pago Agua <input type="checkbox"/> Pago Energía Eléctrica		

NOMBRE DE LOS SOLICITANTES	DIRECCIÓN	MONTO DE LA SUBVENCIÓN SOLICITADA	CONCEPTO	FECHA Y HORA DE VISITA	COMENTARIOS
		\$	<input type="checkbox"/> Pago hipoteca <input type="checkbox"/> Pago Alquiler <input type="checkbox"/> Pago Agua <input type="checkbox"/> Pago Energía Eléctrica		
		\$	<input type="checkbox"/> Pago hipoteca <input type="checkbox"/> Pago Alquiler <input type="checkbox"/> Pago Agua <input type="checkbox"/> Pago Energía Eléctrica		
		\$	<input type="checkbox"/> Pago hipoteca <input type="checkbox"/> Pago Alquiler <input type="checkbox"/> Pago Agua <input type="checkbox"/> Pago Energía Eléctrica		
		\$	<input type="checkbox"/> Pago hipoteca <input type="checkbox"/> Pago Alquiler <input type="checkbox"/> Pago Agua <input type="checkbox"/> Pago Energía Eléctrica		

\_\_\_\_\_  
**Nombre y Firma del Director(a)  
 de Programas Federales**

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

**HOJA DE DOCUMENTOS REQUERIDOS PARA PAGOS DE EMERGENCIA PARA ATENDER LAS NECESIDADES DE PERSONAS O FAMILIAS (FORMULARIO DV-SP-003)**

**1. Documentación de ingresos, 100% IBM:**

- 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.

**2. Documentación, bajo Presunción:**

- envejecientes (60 años o más) - certificado de nacimiento, licencia o identificación oficial donde se pueda identificar la edad
- personas con impedimentos severos - certificación de discapacidad (**Formulario DV-SP-004**) o evidencia del Seguro Social de que el participante está incapacitado

**3. Identificación**

- Licencia de conducir  Tarjeta electoral  Tarjeta de identificación del trabajo  Pasaporte.

**4. Tarjeta del Seguro Social Federal**

- 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**).

**5. En el caso del pago de( renta, hipoteca o utilidades evidencia de que el concepto de pago solicitado está en atraso, 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-SP-004)

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

**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 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 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 del Médico

---

Firma

---

Núm. de Licencia

---

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 Solicitante**

---

**Fecha**

---

**Firma del Solicitante**

**\*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-SP-005)

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

**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 para evitar la duplicidad de beneficios, por favor indique cuáles de las siguientes fuentes de fondos ha solicitado.

FUENTES SOLICITADAS		CANTIDAD SOLICITADA	USO DE LOS FONDOS	RESULTADO DE LA SOLICITUD
TIPO DE ASISTENCIA SOLICITADA	ENTIDAD A LA QUE LO SOLICITÓ			
<input type="checkbox"/> Préstamo <input type="checkbox"/> Subvención o <i>grant</i> <input type="checkbox"/> Compensación de seguro				<input type="checkbox"/> Otorgada totalmente <input type="checkbox"/> Otorgada parcialmente \$ _____ <input type="checkbox"/> En espera de aprobación
<input type="checkbox"/> Préstamo <input type="checkbox"/> Subvención o <i>grant</i> <input type="checkbox"/> Compensación de seguro				<input type="checkbox"/> Otorgada totalmente <input type="checkbox"/> Otorgada parcialmente \$ _____ <input type="checkbox"/> En espera de aprobación
<input type="checkbox"/> Préstamo <input type="checkbox"/> Subvención o <i>grant</i> <input type="checkbox"/> Compensación de seguro				<input type="checkbox"/> Otorgada totalmente <input type="checkbox"/> Otorgada parcialmente \$ _____ <input type="checkbox"/> 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, 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 estatutarias que rigen los fondos federales de asistencia para recuperación de desastres y emergencias.<sup>8</sup>

---

**Firma del Participante**

---

**Fecha**

---

<sup>8</sup> Robert T. Stafford Disaster Assistance and Emergency Relief Act (Stafford Act) 42 U.S.C. 5121-5207.

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

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

Meses				Total
<b>Cantidad Adeudada</b>	\$	\$	\$	\$
<b>Fecha vencimiento</b>	\$	\$	\$	\$

- 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 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-SP-007)**

**MUNICIPIO DE:** \_\_\_\_\_ **CASO NÚMERO:** \_\_\_\_\_  
**PROYECTO NÚMERO:** \_\_\_\_\_

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**, sufragados con fondos asignados por Departamento de la Vivienda de Puerto Rico (DVPR) para estos propósitos.
2. Copia de todos los documentos requeridos, para su cualificación y cumplimiento con objetivo nacional de clientela limitada, cumplen con todas las normas asociadas al Programa y son parte del expediente en el Municipio, en conformidad a las normas de retención de récords de CDBG.
3. 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 Orgánica de la Oficina de Ética Gubernamental de Puerto Rico”.
  - No es empleado del Municipio
4. 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 Orgánica de la Oficina de Ética Gubernamental de Puerto Rico”.
  - No es familiar de un empleado del municipio.

\_\_\_\_\_  
**Nombre del (de la) Evaluador(a)**

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

**MODELO CONVENIO DE SERVICIOS (FORMULARIO DV-SP-008)**

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

**MUNICIPIO:** [Click or tap here to enter text.](#)

**CASO NÚMERO:** [Click or tap here to enter text.](#)

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, 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**

**INFORME TRIMESTRAL DE ASISTENCIA PROVISTA (FORMULARIO DV-SP-009)  
PROGRAMA DE PAGOS DE EMERGENCIA PARA ATENDER LAS NECESIDADES DE PERSONAS O FAMILIAS**

MUNICIPIO: \_\_\_\_\_ PERIODO: DESDE \_\_\_\_\_/2022 A  
\_\_\_\_\_/2022

NOMBRE DE LOS SOLICITANTES	DIRECCIÓN	ESTATUS	MONTO DE LA SUBVENCIÓN	CONCEPTO	FECHA DE OTORGACIÓN	COMENTARIOS
		<input type="checkbox"/> Solicitud aprobada <input type="checkbox"/> Solicitud denegada	\$	<input type="checkbox"/> Pago hipoteca <input type="checkbox"/> Pago Alquiler <input type="checkbox"/> Pago Agua <input type="checkbox"/> Pago Energía Eléctrica		
		<input type="checkbox"/> Solicitud aprobada <input type="checkbox"/> Solicitud denegada	\$	<input type="checkbox"/> Pago hipoteca <input type="checkbox"/> Pago Alquiler <input type="checkbox"/> Pago Agua <input type="checkbox"/> Pago Energía Eléctrica		

NOMBRE DE LOS SOLICITANTES	DIRECCIÓN	ESTATUS	MONTO DE LA SUBVENCIÓN	CONCEPTO	FECHA DE OTORGACIÓN	COMENTARIOS
		<input type="checkbox"/> Solicitud aprobada <input type="checkbox"/> Solicitud denegada	\$	<input type="checkbox"/> Pago hipoteca <input type="checkbox"/> Pago Alquiler <input type="checkbox"/> Pago Agua <input type="checkbox"/> Pago Energía Eléctrica		
		<input type="checkbox"/> Solicitud aprobada <input type="checkbox"/> Solicitud denegada	\$	<input type="checkbox"/> Pago hipoteca <input type="checkbox"/> Pago Alquiler <input type="checkbox"/> Pago Agua <input type="checkbox"/> Pago Energía Eléctrica		
		<input type="checkbox"/> Solicitud aprobada <input type="checkbox"/> Solicitud denegada	\$	<input type="checkbox"/> Pago hipoteca <input type="checkbox"/> Pago Alquiler <input type="checkbox"/> Pago Agua <input type="checkbox"/> Pago Energía Eléctrica		

NOMBRE DE LOS SOLICITANTES	DIRECCIÓN	ESTATUS	MONTO DE LA SUBVENCIÓN	CONCEPTO	FECHA DE OTORGACIÓN	COMENTARIOS
		<input type="checkbox"/> Solicitud aprobada <input type="checkbox"/> Solicitud denegada	\$	<input type="checkbox"/> Pago hipoteca <input type="checkbox"/> Pago Alquiler <input type="checkbox"/> Pago Agua <input type="checkbox"/> Pago Energía Eléctrica		
		<input type="checkbox"/> Solicitud aprobada <input type="checkbox"/> Solicitud denegada	\$	<input type="checkbox"/> Pago hipoteca <input type="checkbox"/> Pago Alquiler <input type="checkbox"/> Pago Agua <input type="checkbox"/> Pago Energía Eléctrica		

Recuerde incluir copia del cheque cancelado emitido al proveedor.

\_\_\_\_\_  
Nombre Director(a) de Programas Federales

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma

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

**CERTIFICACIÓN CUMPLIMIENTO CON NORMAS Y REGULACIONES EN LOS  
MANUALES (FORMULARIO DV-SP-001)  
PROGRAMA DE SERVICIO PÚBLICO**

**PROYECTO Número de Proyecto**

**CERTIFICACIÓN**

Certifico que, el Municipio de Nombre del Municipio cumplirá con todas las normas y regulaciones establecidas en el Manual para el Programa de Servicios Públicos año, del Programa CDBG y mantendrá los expedientes que validen, en procesos de monitoria, el cumplimiento de los requisitos establecidos en la Guía Operacional de

\_\_\_\_\_.

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)**

SELO DEL MUNICIPIO

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

**MUNICIPIO DE** [Click or tap here to enter text.](#)

**NÚMERO DE SOLICITUD:** [Click or tap here to enter text.](#)

- Programa de vales de alimentos
- Adquisición e instalación de baterías 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
- Transgénero Femenino/Masculino)
- Femenino
- No se identifica como masculino, femenino o transgénero
- Transgénero (Masculino/Femenino)

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. ¿Cuántas personas componen su hogar, incluyéndose usted? \_\_\_\_\_
5. 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 de Familia				

## INFORMACIÓN DE INGRESOS

Para cada miembro de la familia deberá indicar su ingreso, la fuente de estos, 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)
				\$
				\$
				\$
				\$
<b>TOTAL INGRESO FAMILIAR</b>				\$

DETALLE DE LOS INGRESOS		
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.	\$

DETALLE DE LOS INGRESOS		
3.	Por concepto de incapacidad y/o desempleo y fondo del seguro del estado.	\$
4.	Por concepto de asistencia pública proveniente de agencias gubernamentales. <b>NO APLICA</b> cantidades designadas para albergue, utilidades, WIC, asistencia nutricional (PAN), y cuidado 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. <b>*Cantidad viene de la tabla de activos. (b)</b>	\$
8.	Por concepto de ingresos a miembros de las fuerzas armadas de los Estados Unidos (Reserva, Guardia Nacional, Ejército, etc.). Ver instrucciones.	\$
9.	<b>Ingreso Bruto Anual</b> (Suma de las líneas 1 a la 8)	\$
10.	<b><u>Ingreso Bruto Mensual</u></b> (Línea 9 dividida entre 12)	\$
11.	<b><u>10% del Ingreso Bruto Mensual</u></b> (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			

ACTIVOS (B)	
13. Ingreso devengado de los activos.	
14. Si la línea 12 es mayor de \$5,000 multiplíquelo por el <b>passbook rate</b> , si no hay activos déjelo en blanco. <b>Passbook Rate</b> ____% <b>*Esta cantidad llevarla al encasillado #7</b>	\$ (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 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. 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 60 años de edad. Puede incluir a dos o más personas de al menos 60 años que vivan juntas, o a una o más personas de al menos 60 años que vivan con uno o más asistentes o cuidadores. Familia con personas discapacitadas: familia cuyo jefe del hogar (incluido el co-jefe del hogar), cónyuge o único	\$

DETALLE DE LAS DEDUCCIONES		
	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 cuidado de niños. (Deducción máxima de \$824 <sup>9</sup> mensual, por la cantidad de meses de cuidado).	\$
19.	La suma de los siguientes <i>items (i + ii)</i> siempre y cuando los mismos excedan <b><u>el 3% del ingreso bruto anual</u></b> . De no ser así, debe anotar <b>\$0.00</b> .	\$
	<p><b>i.</b> Gastos por cuidado a miembros de la familia incapacitados (no envejecientes)  <b>Total i:</b> \$ _____</p> <p><b>ii.</b> 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. <b>Total ii:</b> \$ _____</p> <p>Entre el total de los gastos médicos no reembolsados:  <b>Total (suma de i + ii) =</b> \$ _____</p> <p><b>a)</b> Ingreso Bruto Anual (línea 15) multiplicado por .03 \$ _____</p> <p>Reste la cantidad de <b>b)</b> menos <b>a)</b>, siempre y cuando la cantidad de <b>a)</b> sea mayor que <b>b)</b>. De lo contrario, si <b>b)</b> es mayor que <b>a)</b> anote \$ 0 en el Encasillado 19.</p>	
20.	<b><u>Ingreso Anual Ajustado</u></b> (línea 15 (Ingreso Anual Bruto) menos la suma de las líneas 16 a la 19 (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

<sup>9</sup> 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.

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

<b>DETERMINACIÓN FINAL DE ELEGIBILIDAD POR INGRESOS: Marque con una (x) lo que aplique en cada caso.</b>	
<input type="checkbox"/> Elegible	<input type="checkbox"/> No es elegible (ingresos exceden el límite establecido por tamaño de la unidad familiar, según la tabla de HUD) <b>Límite de Ingresos del Año</b> _____

**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**

**CRITERIOS PARA ESTABLECER ORDEN DE PRIORIDAD PROYECTO DE OTROS PROGRAMAS DE SERVICIO PÚBLICO (FORMULARIO DV-SP-010ª)**

MUNICIPIO DE: \_\_\_\_\_ CASO NÚMERO: \_\_\_\_\_

NOMBRE DEL PARTICIPANTE: \_\_\_\_\_

DIRECCIÓN: \_\_\_\_\_

PROYECTO NÚMERO: \_\_\_\_\_

- Programa de vales de alimentos
- Adquisición e instalación de baterías con placas solares portátiles para su recarga
- Otro: [Click or tap here to enter text.](#)

**CRITERIOS A EVALUAR**

2. Salud Física y/o Mental de la Familia (debe coincidir con el total de composición familiar)

- Persona con Impedimento \_\_\_\_\_
- Condición Terminal \_\_\_\_\_
- Persona sin Impedimento \_\_\_\_\_

**TOTAL** \_\_\_\_\_

**CRITERIOS DE PRIORIDAD**

Composición Familiar

- Un (1) punto por cada menor de 10 años que viva con la familia. \_\_\_\_\_
- Dos (2) puntos si el dueño es madre soltera jefe de familia. \_\_\_\_\_
- Dos (2) puntos si el dueño es de edad avanzada jefe de familia. \_\_\_\_\_

**TOTAL COMPOSICIÓN FAMILIAR** \_\_\_\_\_

Salud Física y/o Mental de la Familia

- Dos (2) puntos por cada persona con impedimento en la composición familiar. \_\_\_\_\_
- Dos (2) puntos por cada persona con condición terminal en la composición familiar. \_\_\_\_\_

**TOTAL SALUD FÍSICA Y/O MENTAL** \_\_\_\_\_

**PUNTUACION FINAL** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
**NOMBRE Y FIRMA DEL REPRESENTANTE MUNICIPAL**

\_\_\_\_\_  
**FECHA**

**Este documento debe ser completado y puede ser modificado por el Municipio, utilizando otros criterios. El mismo es parte del manual, por lo cual es un requisito imprescindible.**

**REGISTRO DE VISITAS PARA SOLICITAR ASISTENCIA PARA OTROS PROGRAMAS DE SERVICIO PÚBLICO  
(FORMULARIO DV-SP-010B)**

MUNICIPIO: \_\_\_\_\_ PERIODO: DESDE \_\_\_\_\_/202\_ A \_\_\_\_\_/202\_

NOMBRE DE LOS SOLICITANTES	DIRECCIÓN	MONTO DE LA SUBVENCIÓN SOLICITADA	CONCEPTO	FECHA Y HORA DE VISITA	COMENTARIOS
		\$	<input type="checkbox"/> Vales de alimento <input type="checkbox"/> Adq. Baterías <input type="checkbox"/> Otros		
		\$	<input type="checkbox"/> Vales de alimento <input type="checkbox"/> Adq. Baterías <input type="checkbox"/> Otros		
		\$	<input type="checkbox"/> Vales de alimento <input type="checkbox"/> Adq. Baterías <input type="checkbox"/> Otros		

NOMBRE DE LOS SOLICITANTES	DIRECCIÓN	MONTO DE LA SUBVENCIÓN SOLICITADA	CONCEPTO	FECHA Y HORA DE VISITA	COMENTARIOS
		\$	<input type="checkbox"/> Vales de alimento <input type="checkbox"/> Adq. Baterías <input type="checkbox"/> Otros		
		\$	<input type="checkbox"/> Vales de alimento <input type="checkbox"/> Adq. Baterías <input type="checkbox"/> Otros		
		\$	<input type="checkbox"/> Vales de alimento <input type="checkbox"/> Adq. Baterías <input type="checkbox"/> Otros		

\_\_\_\_\_  
Nombre Director(a) de Programas Federales

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma

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

- Programa de vales de alimentos
- Adquisición e instalación de baterías con placas solares portátiles para su recarga
- Otro: [Click or tap here to enter text.](#)

### 1. Documentación de ingresos, 100% IBM:

- 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.

### 2. Documentación, bajo Presunción:

- envejecientes (60 años o más) - certificado de nacimiento, licencia o identificación oficial donde se pueda identificar la edad
- personas con impedimentos severos - certificación de discapacidad (Formulario DV-SP-004) o evidencia del Seguro Social de que el participante está incapacitado

### 3. Identificación

- Licencia de conducir  Tarjeta electoral  Tarjeta de identificación del trabajo  Pasaporte.

### 4. Tarjeta del Seguro Social Federal

- 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**).

### 5. Si el programa está dirigido a atender una población especial:

- 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 (FORMULARIO DV-SP-012)

- personas sin hogar - auto-certificación o carta de proveer de servicios del que fue referido o carta de desalojo o resolución de tribunal (FORMULARIO DV-SP-012)
- 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 y Firma del Evaluador**

---

**Fecha**

## CERTIFICACIÓN DE DISCAPACIDAD (FORMULARIO DV-SP-004)

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

**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 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 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 del Médico**

---

**Firma**

---

**Núm. de Licencia**

---

**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 Solicitante**

---

**Fecha**

---

**Firma del Solicitante**

**\*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-SP-005)

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

**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 para evitar la duplicidad de beneficios, por favor indique cuáles de las siguientes fuentes de fondos ha solicitado.

FUENTES SOLICITADAS		CANTIDAD SOLICITADA	USO DE LOS FONDOS	RESULTADO DE LA SOLICITUD
TIPO DE ASISTENCIA SOLICITADA	ENTIDAD A LA QUE LO SOLICITÓ			
<input type="checkbox"/> Préstamo <input type="checkbox"/> Subvención o <i>grant</i> <input type="checkbox"/> Compensación de seguro				<input type="checkbox"/> Otorgada totalmente <input type="checkbox"/> Otorgada parcialmente \$ _____ <input type="checkbox"/> En espera de aprobación
<input type="checkbox"/> Préstamo <input type="checkbox"/> Subvención o <i>grant</i> <input type="checkbox"/> Compensación de seguro				<input type="checkbox"/> Otorgada totalmente <input type="checkbox"/> Otorgada parcialmente \$ _____ <input type="checkbox"/> En espera de aprobación
<input type="checkbox"/> Préstamo <input type="checkbox"/> Subvención o <i>grant</i> <input type="checkbox"/> Compensación de seguro				<input type="checkbox"/> Otorgada totalmente <input type="checkbox"/> Otorgada parcialmente \$ _____ <input type="checkbox"/> 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, 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 estatutarias que rigen los fondos federales de asistencia para recuperación de desastres y emergencias.<sup>10</sup>

---

**Firma del Participante**

---

**Fecha**

---

<sup>10</sup> Robert T. Stafford Disaster Assistance and Emergency Relief Act (Stafford Act) 42 U.S.C. 5121-5207.

**HOJA DE CERTIFICACIÓN DE ELEGIBILIDAD Y CUMPLIMIENTO DEL PARTICIPANTE OTROS [PROGRAMAS DE SERVICIO PÚBLICO (FORMULARIO DV-SP-007A)]**

**MUNICIPIO DE:** \_\_\_\_\_ **CASO NÚMERO:** \_\_\_\_\_

**PROYECTO NÚMERO:** \_\_\_\_\_

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 Programa de:

- Vales de alimentos
- Adquisición e instalación de baterías con placas solares portátiles para su recarga
- Otro: [Click or tap here to enter text.](#)

Este será sufragado con fondos asignados por Departamento de la Vivienda de Puerto Rico (DVPR) para estos propósitos.

2. Copia de todos los documentos requeridos, para su cualificación y cumplimiento con objetivo nacional de clientela limitada, cumplen con todas las normas asociadas al Programa y son parte del expediente en el Municipio, en conformidad a las normas de retención de récords de CDBG.

3. 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 Orgánica de la Oficina de Ética Gubernamental de Puerto Rico”.
- No es empleado del Municipio

4. 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 Orgánica de la Oficina de Ética Gubernamental de Puerto Rico”.
- No es familiar de un empleado del municipio.

\_\_\_\_\_  
**Nombre y Firma del Evaluador**

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

## AUTO-CERTIFICACIÓN PARA OTROS PROMAMAS DE SERVICIO PÚBLICO (FORMULARIO DV-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 del Participante:**

**Dirección:**

(Si la persona no tiene hogar, favor de indicar N/A en el campo de dirección)

### DECLARACIÓN

Yo me considero en una de las categorías siguientes:

- 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 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 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 Participante**

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

**MODELO CONVENIO DE SERVICIOS (FORMULARIO DV-SP-008)**

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

**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 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.](#)

**Nombre del(de la) participante**

[Click or tap here to enter text.](#)

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

**Firma del(de la) participante**

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

[Click or tap here to enter text.](#)

**Fecha**

[Click or tap here to enter text.](#)

**Fecha**

**INFORME TRIMESTRAL DE ASISTENCIA PROVISTA OTROS PROGRAMAS DE SERVICIO PÚBLICO (FORMULARIO DV-SP-013)**

**Municipio:** [Click or tap here to enter text.](#)

**Periodo:** [Click or tap here to enter text.](#)

NOMBRE DE LOS SOLICITANTES	DIRECCIÓN	ESTATUS	MONTO DE LA SUBVENCIÓN	CONCEPTO	FECHA DE OTORGACIÓN O RENDICIÓN DEL SERVICIO	COMENTARIOS
		<input type="checkbox"/> Solicitud aprobada <input type="checkbox"/> Solicitud denegada	\$	<input type="checkbox"/> Vales de alimento <input type="checkbox"/> Adq. Baterías <input type="checkbox"/> Otros		
		<input type="checkbox"/> Solicitud aprobada <input type="checkbox"/> Solicitud denegada	\$	<input type="checkbox"/> Vales de alimento <input type="checkbox"/> Adq. Baterías <input type="checkbox"/> Otros		
		<input type="checkbox"/> Solicitud aprobada <input type="checkbox"/> Solicitud denegada	\$	<input type="checkbox"/> Vales de alimento <input type="checkbox"/> Adq. Baterías <input type="checkbox"/> Otros		
		<input type="checkbox"/> Solicitud aprobada <input type="checkbox"/> Solicitud denegada	\$	<input type="checkbox"/> Vales de alimento <input type="checkbox"/> Adq. Baterías <input type="checkbox"/> Otros		
		<input type="checkbox"/> Solicitud aprobada <input type="checkbox"/> Solicitud denegada	\$	<input type="checkbox"/> Vales de alimento <input type="checkbox"/> Adq. Baterías <input type="checkbox"/> Otros		
		<input type="checkbox"/> Solicitud aprobada <input type="checkbox"/> Solicitud denegada	\$	<input type="checkbox"/> Vales de alimento <input type="checkbox"/> Adq. Baterías <input type="checkbox"/> Otros		

NOMBRE DE LOS SOLICITANTES	DIRECCIÓN	ESTATUS	MONTO DE LA SUBVENCIÓN	CONCEPTO	FECHA DE OTORGACIÓN O RENDICIÓN DEL SERVICIO	COMENTARIOS
		<input type="checkbox"/> Solicitud aprobada <input type="checkbox"/> Solicitud denegada	\$	<input type="checkbox"/> Vales de alimento <input type="checkbox"/> Adq. Baterías <input type="checkbox"/> Otros		
		<input type="checkbox"/> Solicitud aprobada <input type="checkbox"/> Solicitud denegada	\$	<input type="checkbox"/> Vales de alimento <input type="checkbox"/> Adq. Baterías <input type="checkbox"/> Otros		
		<input type="checkbox"/> Solicitud aprobada <input type="checkbox"/> Solicitud denegada	\$	<input type="checkbox"/> Vales de alimento <input type="checkbox"/> Adq. Baterías <input type="checkbox"/> Otros		
		<input type="checkbox"/> Solicitud aprobada <input type="checkbox"/> Solicitud denegada	\$	<input type="checkbox"/> Vales de alimento <input type="checkbox"/> Adq. Baterías <input type="checkbox"/> Otros		

Recuerde incluir copia cheque emitido al proveedor.

\_\_\_\_\_  
Nombre Director de Programas Federales

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma

**HOJA DE VALE PARA COMPRA DE ALIMENTOS (FORMULARIO DV-SP-013A)**

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

**Periodo de Validez:** del mes de 202 al mes de 202

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

**Número del Vale:** Click or tap here to enter text.

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

**Cantidad de Personas en el Núcleo Familiar:** Click or tap here to enter text.

**Cantidad Aprobada para Compra de Alimentos:** \$0.00

Este vale para alimentos se otorga como parte de los fondos CDBG que ha recibido el Departamento de la Vivienda. 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, que detalle los artículos comprados. Éstos serán sometidos al Municipio, como evidencia para el pago de la cantidad correspondiente.

_____ <b>Nombre y firma del representante autorizado del Municipio</b>	_____ <b>Fecha</b>	Sello del Municipio
_____ <b>Firma del participante</b>	_____ <b>Fecha</b>	
_____ <b>Nombre y firma del representante del establecimiento</b>	_____ <b>Fecha</b>	

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







**HOJA DE REGISTRO (FORMULARIO DV-SP-014)**  
**ACTIVIDADES DE ÁREA-BENEFICIO ALTERNATIVA B**

**MEMORANDO DE SERVICIOS PROVISTOS EN ÁREA BENEFICIO**

**MUNICIPIO DE** Click or tap here to enter text.

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

**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 (CDBG), 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 siguientes servicios subvencionado con fondos CDBG:

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.

---

**Nombre del coordinador  
de la actividad**

---

**Puesto**

---

**Firma**

---

**Fecha**

**ACUERDO DE PARTICIPACIÓN EN PROYECTO DE SERVICIO PÚBLICO – ADQUISICIÓN E INSTALACIÓN DE BATERÍA CON PLACAS SOLARES PORTÁTILES PARA SU RECARGA (FORMULARIO DV-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 permitirá el uso de instalaciones eléctricas y otras que fueren menester para las inspecciones correspondientes.
6. 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.

7. El Municipio se compromete a proveer al residente, todos los documentos de la garantía y mantenimiento del equipo. Al vencer el periodo de garantía, el residente será responsable del mantenimiento del equipo, incluyendo el periodo de **un (1) año**, a partir de la instalación del equipo.
8. 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 un **(1) año** a partir de la instalación del equipo.
9. El participante **NO** puede vender el equipo provisto dentro de un (1) año, a partir de la instalación del equipo.
10. En caso de que el residente venda la vivienda o se mude, ya sea dentro del mismo municipio u otro municipio, dentro de la vigencia de este Acuerdo, tiene que notificar al Municipio, antes de culminar la venta o mudanza. El municipio será responsable de solicitar la devolución del equipo y reasignar el mismo, según las opciones que provea el programa. Para la reasignación del equipo, el Municipio solicitará, por escrito, una dispensa al Departamento de la Vivienda (DV).
11. En caso de que el participante fallezca, dentro de la vigencia de este Acuerdo, los familiares tienen que notificar al Municipio, una vez ocurra el deceso. El municipio será responsable de solicitar la devolución del equipo y reasignar el mismo, según las opciones que provea el programa. Para la reasignación del equipo, el Municipio solicitará, por escrito, una dispensa al Departamento de la Vivienda (DV).
12. 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.

Dado hoy \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ en \_\_\_\_\_, PR.

---

**Nombre del Participante**

---

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

---

**Firma del Participante**

---

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