

**CITY OF BOSTON
DEPARTMENT OF NEIGHBORHOOD DEVELOPMENT
LEAD SAFE BOSTON PROGRAM**

CUESTIONARIO PARA INQUILINOS

Nombre: _____

Dirección: _____

Teléfono: (casa) _____ (trabajo) _____ (móvil) _____

Correo electrónico (si tiene) _____

Por favor indica la Raza/Etnia de su hogar para fines de información federal:

Asiático _____ Negro _____ Hispano _____ Indio Americano _____ Blanco _____ Otro(s): _____,

Cabeza de Hogar es Mujer: Si _____ No _____

COMPOSICION FAMILIAR E INGRESOS

NOMBRES DE MIEMBROS DEL HOGAR	RELACION A CABEZA DE HOGAR	FECHA DE NACIMIENTO	INGRESOS ANUALES	FUENTO DE INGRESO
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____

Complete la siguiente sección si una criatura menor de seis (6) no vive contigo permanentemente, pero pasa una cantidad de tiempo significativa en esta casa/apartamento.

Nombre de pequeño: _____

Fecha de Nacimiento: _____. Relación a hogar: _____

Por favor describa la frecuencia y duración de visitas: _____

Ingresos Brutos de Hogar (impuestos del año pasado): \$ _____ Renta mensual: \$ _____

Número de Recamaras en casa: _____. Número de gente viviendo en casa: _____

¿Cuánto tiempo ha vivido aquí? _____ años. ¿Se incluyen utilidades en la renta? _____

Si no, cuál es su costo mensual para: Gas \$ _____ Petróleo \$ _____ Electricidad \$ _____ Total: \$ _____

¿Reciben alguna asistencia para la renta (Sección 8 or Capítulo 707)? _____

¿Es usted or alguien en su hogar minusválido? _____. Si sí, por favor describa: _____

Certifico que toda la información dada arriba es verdadera y completa a mi mejor conocimiento y creencia.

Firma de Inquilino

Fecha

**CITY OF BOSTON
DEPARTMENT OF NEIGHBORHOOD DEVELOPMENT
LEAD SAFE BOSTON PROGRAM**

CUESTIONARIO PARA INQUILINOS

Estimado inquilino:

Su propietario ha solicitado para asistencia del programa de Lead Safe Boston (LSB), controlada por el Departamento De Desarrollo Del Vecindario en la ciudad de Boston. Esta asistencia resultará en la eliminación de pintura a base de plomo de unidades de vivienda en su edificio, reduciendo el riesgo de intoxicación por pintura con plomo para niños viviendo allí ahora y en el futuro.

Directrices federales del programa requieren que los fondos utilizados para este fin ayudan principalmente los inquilinos de bajos a moderados ingresos. Consecuentemente, la elegibilidad de la solicitud de asistencia de su propietario dependerá de información de ingresos de los inquilinos, como ustedes, cuales viven en el edificio. La Ciudad debe recibir información de ingresos de usted, antes de que la solicitud de su propietario pueda ser aprobada. En algunos casos, LSB puede solicitar verificación de sus ingresos.

Si se proporciona asistencia a través del Departamento De Desarrollo Del Vecindario, haremos todo lo posible para asegurar que usted sea inconveniente lo menos posible. Según la Ley de Plomo de Massachusetts, se requiere reubicación temporal mientras que su apartamento reciba tratamiento y tanto usted como su propietario deben aprobar un plan temporal de reubicación.

Las respuestas a las preguntas relativas a raza, sexo, y discapacidad son voluntarios y se solicitan con el fin de determinar el cumplimiento con la Ley Federal de Derechos Civiles. Su respuesta no afectará consideración de la solicitud. Al darnos esta información, nos ayudará al asegurar que este programa se administre sin discriminación.

Por favor complete la información requerida en el cuestionario en la otra oja. Si tiene alguna pregunta sobre este documento requerido, por favor contáctenos en Lead Safe Boston al número 617.635.0190.

Gracias por su cooperación.

REGRESE A:

Lead Safe Boston / DND
26 Central Avenue
Hyde Park, MA 02136