

**DeSoto County – Programa de Asistencia de Vivienda**  
**201 E. Oak Street, Suite 202, Arcadia, Florida 3466**  
**(863)-993-4858**

---

El State Housing Initiative Partnership (SHIP) programa proporciona asistencia para hogares de ingresos bajos a moderados. Esta solicitud será aceptada para SHIP, SHIP Disaster & HHRP. Una vez que todos los fondos estén comprometidos, las nuevas solicitudes irán a una lista de espera.

SHIP los fondos se pueden usar para satisfacer necesidades no cubiertas por el seguro y/o FEMA, como los deducibles del seguro para la rehabilitación de viviendas cubiertas por el seguro de propietarios; Asistencia de reubicación temporal Reparaciones de emergencia provisionales para evitar más daños cuando no hay organizaciones benéficas disponibles para realizar el trabajo de forma gratuita.

Envíe lo siguiente junto con la solicitud completa:

\_\_\_\_\_ Prueba de ciudadanía estadounidense (o condición de extranjero legal) Se requiere residencia permanente y de tiempo completo en el condado de DeSoto

\_\_\_\_\_ Copia de Tarjeta de Propiedad

\_\_\_\_\_ Prueba de exención de vivienda (obligatorio)

\_\_\_\_\_ Licencia de conducir o pasaporte – (Todos los miembros del hogar mayores de 18 años)

\_\_\_\_\_ Tarjeta de Seguro Social – (Todos los miembros del hogar)

\_\_\_\_\_ Comprobante de ingresos de todos los miembros del hogar mayores de 18 años – (Carta actual de beneficios del Seguro Social, Jubilación, Acciones, Bonos, talón de pago de 1 mes (no se aceptan 1099)

\_\_\_\_\_ Empleo por cuenta propia (debe presentar las declaraciones de impuestos de los últimos 2 años y la declaración de ganancias)

\_\_\_\_\_ Estado de cuenta bancario de un mes

\_\_\_\_\_ Prueba de seguro de propietario de vivienda (si solicita asistencia por desastre)

\_\_\_\_\_ Prueba de presentación ante FEMA (si solicita asistencia por desastre)

**RESTRICCIONES**

- ❖ Se aplican restricciones de elegibilidad de ingresos: ingreso familiar bruto, 120 del ingreso medio del área (AMI) ajustado según el tamaño del hogar
- ❖ Sin pagos/reembolsos directos al solicitante; pago elegible directo al contratista o proveedores calificados solamente
- ❖ En este momento, el 120 % del ingreso medio del área es solo para asistencia con el deducible
- ❖ Pueden aplicarse otras restricciones

**SHIP LÍMITES DE INGRESOS PARA DESOTO COUNTY**

<b>Ingreso Elegibilidad</b>	<b>Porcentaje Categoría</b>	<b>familiar tamaño 1</b>	<b>familiar tamaño 2</b>	<b>familiar tamaño 3</b>	<b>familiar tamaño 4</b>	<b>familiar tamaño 5</b>	<b>familiar tamaño 6</b>
<b>ELI</b>	<b>30%</b>	<b>\$13,590.</b>	<b>\$18,310.</b>	<b>\$23,030.</b>	<b>\$27,750.</b>	<b>\$32,470</b>	<b>\$35,250.</b>
<b>VLI</b>		<b>\$21,250.</b>	<b>\$24,300.</b>	<b>\$27,350.</b>	<b>\$30,350.</b>	<b>\$32,800.</b>	<b>\$35,250.</b>
<b>LI</b>	<b>80%</b>	<b>\$34,000.</b>	<b>\$38,850.</b>	<b>\$43,700.</b>	<b>\$48,550.</b>	<b>452,450.</b>	<b>\$56,350.</b>
<b>MOD</b>	<b>120%</b>	<b>\$51,000.</b>	<b>\$58,320.</b>	<b>\$65,640.</b>	<b>\$72,840.</b>	<b>\$78,720.</b>	<b>\$84,600.</b>

**DeSoto County – Programa de Asistencia de Vivienda**  
**201 E. Oak Street, Suite 202, Arcadia, Florida 3466**  
**(863)-993-4858**

\_\_\_\_\_desastre del huracán    \_\_\_\_\_Deducible del Seguro    \_\_\_\_\_Rehabilitación    \_\_\_\_\_Reparaciones de emergencia  
 \_\_\_\_\_Asistencia de compra    \_\_\_\_\_ Reubicación Rápida    \_\_\_\_\_Asistencia de reubicación temporal  
 \_\_\_\_\_Pérdida de Empleo por Desastre Asistencia para Pago de Renta/Hipoteca

**LISTA DE VERIFICACIÓN**

Solicitante: \_\_\_\_\_  
 Dirección de Propiedad: \_\_\_\_\_  
 Dirección postal actual: \_\_\_\_\_  
 Teléfono de contacto: \_\_\_\_\_  
 Dirección de correo electrónico: \_\_\_\_\_

**Por favor, conteste a las siguientes preguntas.**

1. ¿Se dañó la casa como resultado directo del huracán Ian?	Si	No
2. ¿La casa está ubicada en los límites de la ciudad of Arcadia or DeSoto County?	Si	No
3. ¿Es dueño de la vivienda que solicita?	Si	No
4. ¿Es la casa su residencia principal?	Si	No
5. ¿Tiene estatus de exención de vivienda?	Si	No
6. ¿La casa es una casa móvil o prefabricada?	Si	No
Si la respuesta es afirmativa:		
(1) ¿Se construyó la vivienda antes de junio de 1994?	Si	No
(2) ¿Es dueño de la tierra?	Si	No
7. ¿Ha solicitado FEMA?	Si	No
En caso afirmativo:		
¿Cuál es la cantidad otorgada por FEMA?		
8. ¿Tiene seguro de hogar?	Si	No
En caso afirmativo:		
(1) ¿Presentó un reclamo con su seguro?	Si	No
(2) ¿Cuál es el monto de su deducible?		
(3) ¿Cuál es la cantidad otorgada por el seguro?		
9. Si solicita reparaciones en el hogar, ¿ya se completaron las reparaciones?	Si	No

*La siguiente información se recopila solo con fines informativos:*

Carrera:

- Indio americano o nativo de Alaska
- Nativo de Hawai u otra isla del Pacífico
- Blanco

- asiático
- negro o afroamericano
- Otro/multirracial

Etnia hispana:    Si     No

**DeSoto County – Programa de Asistencia de Vivienda**  
**201 E. Oak Street, Suite 202, Arcadia, Florida 3466**  
**(863)-993-4858**

**Composición del hogar**

Enumere los miembros actuales del hogar:

Adjunte páginas adicionales según sea necesario

Nombre del miembro del hogar	Relación con el solicitante	Fecha de nacimiento	Edad	Estado civil	Empleado			
					Si		No	
					Si		No	
					Si		No	
					Si		No	
					Si		No	
					Si		No	
					Si		No	

**Ingresos del hogar**

Indique los ingresos de TODOS los miembros del hogar. Los ingresos incluyen: Sueldos, salarios y propinas, pensión alimenticia, pensión alimenticia, ingreso militar, ingreso de tiempo parcial, ingreso temporal, Seguro Social, desempleo, otros beneficios.

Nombre del miembro del hogar	¿Estudiante a tiempo completo?				Fuente de ingresos si corresponde (incluya el nombre del empleador)	Tarifa de pago	Base de pago (por hora, semanal, mensual, etc.)
	Si		No				
	Si		No				
	Si		No				
	Si		No				
	Si		No				
	Si		No				
	Si		No				

Adjunte páginas adicionales según sea necesario

**Activos domésticos**

¿Posees algún activo inmobiliario?  Si  No En caso afirmativo, complete lo siguiente:

**DeSoto County – Programa de Asistencia de Vivienda**  
**201 E. Oak Street, Suite 202, Arcadia, Florida 3466**  
**(863)-993-4858**

**Bienes del hogar (continuación)**

Enumere los bienes de TODOS los miembros del hogar. Marque Si o no para cada miembro del hogar y tipo de activo.

Nombre del miembro del hogar	Comprobación				Ahorros				401 (k), Pensión				Acciones, Bonos, Inversiones			
	Si	No	Si	No	Si	No	Si	No	Si	No	Si	No	Si	No		

**Sanciones por Declaración Falsa o Fraudulenta**

El Estatuto de Florida 817 establece que las declaraciones falsas intencionales o la tergiversación con respecto a la información de ingresos, activos o pasivos relacionada con la condición financiera es un delito menor de primer grado, punible con multas y prisión previstas en los Estatutos 775.082 o 775.83.

El Título 18, Sección 1001 del Código de los EE. UU. establece que una persona es culpable de un delito grave por hacer declaraciones falsas o fraudulentas a sabiendas y de forma voluntaria a cualquier departamento del Gobierno de los Estados Unidos.

**Ley de registros públicos de Florida**

La información proporcionada por los solicitantes puede estar sujeta al Capítulo 119 de los Estatutos de Florida, con respecto a los Registros Abiertos.

**Reconocimiento y Certificación**

- Yo/nosotros entendemos que la información provista anteriormente se recopila para determinar si yo/nosotros somos elegibles para recibir asistencia bajo el Programa de desastres de emergencia del huracán Ian.
- Por la presente certifico/certificamos que la dirección de la propiedad indicada es nuestra residencia principal.
- Por la presente certifico/certificamos que toda la información proporcionada en este documento es verdadera y correcta.
- Yo/Nosotros entendemos que proporcionar declaraciones o información falsa es motivo para la terminación de la asistencia de vivienda y es punible bajo la ley federal.
- Yo/Nosotros autorizamos al Condado de DeSoto antes mencionado ya cualquiera de sus representantes debidamente autorizados a verificar toda la información provista en esta solicitud.
- Yo/Nosotros entendemos que se puede requerir información adicional para seguir adelante con este programa.
- Yo/nosotros reconocemos que en el caso de una duplicación de beneficios, el condado de DeSoto determinará el reembolso de los fondos.

**Firma del solicitante**

El Jefe de Familia debe firmar este formulario, si corresponde, el Co-Jefe debe firmar también.

**Imprimir nombre**

**Firma**

**Fecha**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**DeSoto County – Programa de Asistencia de Vivienda**  
**201 E. Oak Street, Suite 202, Arcadia, Florida 3466**  
**(863)-993-4858**

---

**Liberación de elegibilidad**

Su firma en este formulario y la firma del codirector, si corresponde, autoriza al estado o a cualquiera de sus representantes debidamente autorizados a obtener información de un tercero con respecto a su elegibilidad y participación en el Programa de desastres de emergencia del huracán Ian.

Declaración de Aviso de la Ley de Privacidad: El condado de DeSoto requiere que se recopile la información enumerada en este formulario para determinar la elegibilidad del solicitante para el programa. Esta información se utilizará para establecer el nivel de beneficios para el cual el solicitante es elegible y para verificar la exactitud de la información provista. La información recibida de un solicitante o como resultado de la verificación de la elegibilidad de un solicitante puede divulgarse a las agencias federales, estatales y locales correspondientes o, cuando corresponda, a los investigadores civiles, penales o reglamentarios ya los fiscales. La falta de proporcionar cualquier información puede resultar en la demora o el rechazo de su aprobación de elegibilidad. El Condado de DeSoto está autorizado a solicitar esta información en virtud de la Ley Nacional de Vivienda Asequible de 1990.

Es posible que se necesiten consultas a las siguientes fuentes para procesar esta solicitud:

- Empleadores pasados y presentes
- Agencias de desempleo
- Sistemas de Retiro
- Agencias que brindan bienestar o asistencia
- Administración de la Seguridad Social
- administración de veteranos

La información puede divulgarse a fuentes, incluidas, entre otras, las siguientes, relacionadas con la asistencia recibida como resultado de esta solicitud. El propósito de compartir esta información es coordinar los servicios y evitar la duplicación de beneficios:

- Agencias que brindan bienestar o asistencia
- Municipios del condado de DeSoto que brindan asistencia
- Todas las entidades sin fines de lucro del condado de DeSoto

Autorización del solicitante: Autorizo al condado de DeSoto a obtener información sobre mí y mi hogar que sea pertinente para determinar mi elegibilidad para participar en el programa. Yo reconozco que:

1. Una fotocopia de este formulario es tan válida como el original; Y
2. Tengo derecho a revisar la información recibida mediante este formulario; Y
3. Tengo derecho a una copia de la información proporcionada al Condado de DeSoto ya solicitar la corrección de cualquier información que considero incorrecta; Y
4. El cabeza de familia y el codirector, si corresponde, firmarán este formulario y cooperarán con el condado de DeSoto en el proceso de verificación de elegibilidad.

**Imprimir nombre**

**Firma**

**Fecha**

<hr/>	<hr/>	<hr/>
<hr/>	<hr/>	<hr/>

**PROGRAMA DE REHABILITACIÓN DE VIVIENDA DECLARACIÓN DE CONFLICTO DE INTERÉS**

MARQUE LO SIGUIENTE QUE CORRESPONDA:

\_\_\_\_ Por la presente certifico que no estoy relacionado con ninguno de los miembros actuales de la Comisión del Condado identificados en la siguiente lista:

JUNTA DE COMISIONADOS DEL CONDADO: Elton Langford, JC Deriso, Judy Schaefer, Steve Hickcox, Jared Gross

\_\_\_\_ **Estoy** relacionado con miembro de la Comisión: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_ Por la presente certifico que **no soy** un empleado del condado de DeSoto **ni** estoy relacionado con ningún empleado del condado de DeSoto.

\_\_\_\_ Soy un empleado del condado de DeSoto o estoy relacionado con el siguiente empleado o empleados del condado de DeSoto:

Nombre \_\_\_\_\_ Departamento \_\_\_\_\_

Nombre \_\_\_\_\_ Departamento \_\_\_\_\_

\*\*\*\*\*

**AHAC**

**Affordable Housing Advisory Committee (Comité Asesor de Vivienda Asequible)**

**AHAC Miembros de la Junta:**

Judy Schaefer, Derek Taylor, Donna Doubleday, Jennifer Bowser, Melanie Brown, Mike Provau, Oralia Ramirez Thelma Guice

\_\_\_\_ Certifico que no estoy relacionado con ningún miembro del Comité Asesor de Vivienda Asequible.

\_\_\_\_ Soy pariente de los siguientes miembros del Comité Asesor de Vivienda Asequible.

Imprimir nombre: _____
Fecha: _____
Firma: _____

Imprimir nombre: _____
Fecha: _____
Firma: _____

**DeSoto County – Programa de Asistencia de Vivienda**  
**201 E. Oak Street, Suite 202, Arcadia, Florida 3466**  
**(863)-993-4858**

---

**PROGRAMA DE REHABILITACIÓN DE VIVIENDA AVISO DE PARTICIPACIÓN VOLUNTARIA**

I, \_\_\_\_\_ Por la presente reconozco que SOLICITO VOLUNTARIAMENTE ser incluido en el programa de rehabilitación de viviendas. Reconozco que dicha inclusión requerirá que proporcione datos personales, como información sobre ingresos, que es un asunto privado, pero al firmar reconozco que la divulgación de esta información constituye mi renuncia a la Ley de Privacidad. Entiendo que dicha información será tratada tan confidencialmente como lo permita el programa de Vivienda del Condado de DeSoto.

Además, reconozco que soy responsable de seguir las siguientes reglas del programa:

1. El propósito del programa es colocar mi residencia en una condición igual a los estándares mínimos de vivienda. Doy mi consentimiento para el logro del estándar y no exigiré un mayor grado de asistencia.
  
2. Entiendo que el contrato de asistencia se prepara entre el contratista y yo como un asunto administrativo, pero que el gobierno local como agencia financiadora se reserva el derecho de tomar decisiones. Si bien tengo derecho a expresar mi punto de vista, no disputaré la decisión final tomada por el gobierno local o su agente.
  
3. Entiendo que estoy sujeto a la descalificación inmediata del programa, con responsabilidad financiera existente por los costos incurridos, si
  - a) Proporcionar cualquier información inexacta o falsa,
  - b) No cumplir con las pautas del programa existente,
  - c) Realizar cualquier acción para recibir más asistencia de la que me corresponde, a menos que pueda probar o refutar la causa que contribuye a la situación.

Reconozco que la asistencia se proporciona como buena voluntad del gobierno local y que mi participación me vincula a las normas y reglamentos del programa y al mantenimiento de la propiedad después de la rehabilitación. Entiendo que mi participación puede afectar mi capacidad para calificar para asistencia de vivienda en el futuro.

Acepto todos los términos contenidos en este documento.

_____ Firma del propietario	_____ Fecha	_____ Firma de testigo	_____ Fecha
_____ Firma del propietario	_____ Fecha	_____ Firma de testigo	_____ Fecha

**DeSoto County – Programa de Asistencia de Vivienda**  
**201 E. Oak Street, Suite 202, Arcadia, Florida 3466**  
**(863)-993-4858**

---

**Acuerdo de duplicación de beneficios con el beneficiario**

Considerando que (Nombre), \_\_\_\_\_ está recibiendo asistencia por la cantidad de \$ \_\_\_\_\_ para proporcionar fondos para \_\_\_\_\_ (pagar el alquiler, pagar los pagos de la hipoteca, pagar los servicios públicos) de la propiedad ubicada en: \_\_\_\_\_

Ahora, por lo tanto, la Jurisdicción tiene la opción de recuperar la asistencia utilizada en la propiedad descrita anteriormente en los términos, condiciones y contingencias que se establecen en el presente:

**Beneficios federales y donaciones caritativas**

El beneficiario acepta que si recibe más beneficios federales, estatales o locales, beneficios de seguro o donaciones caritativas, o cualquier otra fuente de financiación no mencionada aquí para \_\_\_\_\_ (pagar reparaciones, hotel, alquiler, pagos de hipoteca, pagar servicios públicos) en relación con el huracán Ian de cualquier fuente de financiación, el beneficiario informará que recibió beneficios enviando un correo electrónico a <insertar dirección de correo electrónico> o llamando a <insertar número de teléfono> dentro de un (1) mes de recibo de ingresos y/o beneficios adicionales. Si el beneficiario no informa los beneficios adicionales de cualquier fuente de financiamiento, entonces la Jurisdicción puede exigir el reembolso total inmediato del monto total de la asistencia brindada por la Jurisdicción.

**Duplicación de Beneficios**

El beneficiario acepta que si los beneficios recibidos después de recibir los fondos del huracán Ian son una duplicación de los beneficios (DOB) recibidos de otras fuentes, como beneficios federales, estatales, locales, seguros, donaciones caritativas o cualquier otra fuente de financiación no mencionada aquí, que el se aplicará lo siguiente:

1. Si la Ciudad/Condado ha gastado totalmente la Adjudicación, el Destinatario deberá reembolsar a la Ciudad/Condado cualquier Ingreso de DOB posterior hasta el monto de la Adjudicación.
2. Si la Ciudad/Condado no ha gastado ninguna parte de la Adjudicación, el Beneficiario pagará a la Ciudad/Condado cualquier Ingreso Subsiguiente del DOB y se utilizará para reducir la Adjudicación. Si la aplicación de los Ingresos DOB posteriores redujera la Adjudicación a cero, todos los Ingresos DOB posteriores y cualquier fondo pagado previamente por el Beneficiario a la Ciudad/Condado se devolverán al Beneficiario, y este Acuerdo terminará.
3. Si la Ciudad/Condado ha gastado una parte de la Adjudicación, los Ingresos DOB posteriores se utilizarán, retendrán y/o desembolsarán en el siguiente orden: (1) Los Ingresos DOB posteriores deberán ser pagados primero por el Beneficiario a la Ciudad/Condado para reducir la porción no gastada del Premio; (2) si la aplicación de los Ingresos DOB subsiguientes reduciría a cero la Adjudicación no gastada, los Ingresos DOB subsiguientes restantes se aplicarán a la parte gastada de la Adjudicación y la Ciudad/Condado los retendrá; (3) si la aplicación de los Ingresos DOB subsiguientes reduce a cero las partes gastadas y no gastadas de la Adjudicación, cualquier Ingreso DOB subsiguiente remanente se devolverá al Beneficiario, y este Acuerdo terminará.
4. Si la Ciudad/Condado toma la determinación de que el Beneficiario no califica para participar en el Programa o el Beneficiario decide no participar en el Programa, los Ingresos de DOB Subsiguientes y cualquier fondo pagado previamente por el Beneficiario a la Ciudad/Condado que no han sido utilizado u obligado por el Programa será devuelto al Destinatario, y este Acuerdo terminará.

Una vez que la Ciudad/Condado haya recuperado una cantidad igual a la Adjudicación, la Ciudad/Condado reasignará al Beneficiario cualquier derecho asignado a la Ciudad/Condado de conformidad con este Acuerdo.

**Elegibilidad de ingresos**

El Beneficiario certifica que ha proporcionado información completa, precisa y actual sobre los ingresos del hogar para demostrar la elegibilidad del Beneficiario para recibir fondos del huracán Ian.

**Aplicación**

El Destinatario y la Jurisdicción reconocen que la Jurisdicción tiene el derecho y la responsabilidad de hacer cumplir este acuerdo.

Considerando que, si el Destinatario no viola ninguno de los términos enumerados en este acuerdo, entonces este acuerdo se considerará liberado en el \_\_\_\_\_ día de \_\_\_\_\_, 20\_\_\_\_\_.

WITNESPOR LO CUAL, el (los) destinatario(s) del entendimiento ha(n) puesto(s) su(s) firma(s) en este \_\_\_\_\_ día de \_\_\_\_\_ Firmado, sellado y entregado en presencia de:

Jefe de hogar: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Co-jefe de hogar: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Testigo: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Testigo: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_



