



**Proyecto Seguro de Plomo Kansas City**  
Departamento de Salubridad de Kansas City  
2400 Troost, Apt. # 3100  
Kansas City, MO 64108

Oficina: (816) 513-6048  
Fax: (816) 513-6284



**Salud Pública**

**Uso de oficina no más:**

Numero del Caso \_\_\_\_\_

La Fecha Recibida \_\_\_\_\_

Prioridad \_\_\_\_\_

Distribuido de Parte \_\_\_\_\_



# Proyecto Seguro de Plomo Kansas City



El Departamento de Salubridad de Kansas City, Missouri le gustaría en ayudarle en hacer su casa libre del plomo a usted y especialmente a sus hijos. Este servicio **GRATIS** puede incluir limpieza, pintar o reemplazar superficies contaminadas con pintura basada con plomo.

### Used puede calificar si:

- √ Usted es dueño y vive en la casa en Kansas City, Missouri que fue construida antes del año 1978.
- √ El sueldo o los ingresos es menos de o igual al 80% del los ingresos de medida al área.
- √ Tiene un hijo/a menos de 6 años cual vive o visita su casa mas de 10 horas cada semana, o si la ocupante de la casa este embarazada.

### Documentos requeridos del aplicante:

- Comprobar Ser Dueño** – Copia del contrato de la propiedad del Estado de Missouri del Warranty Deed o el Quit Claim Deed.
- Comprobar Sus Ingresos** – Copias mas recientes de las formas de ingresos de los impuestos de 1040 y (3) talones mas recientes de sus ganancias. También con documentos de premios de otros ingresos como desempleo, seguro social, desabilitado, compensación de trabajadores, pensiones, AFDC, TANF, etc. Incluyeron ingresos de miembros de la familia de 18 años o más.
- Comprobar la habitación de su hijo/a o la Mujer Embarazada** - Copias de actas de nacimiento de todos los niños/niñas menos de 6 años que viven o visitan la residencia de 10 horas o mas cada semana, o una nota del doctor verificando el embarazo del ocupante

Por favor complete todas las porciones por lo siguiente en la aplicación, firme y regrese a nuestra oficina. Si tiene preguntas acaso de la aplicación del Proyecto de Seguridad del Plomo, por favor contacte nuestra oficina al (816) 513-6048 y estaremos disponibles para asistirle.

**Parte A**

**Nombre**

**Completo:**

\_\_\_\_\_

*Apellido* *Nombre* *Iniciales del Segundo Nombre*

**Domicilio:**

\_\_\_\_\_

*Numero y nombre de la calle* *# del apartamento*

\_\_\_\_\_

*Ciudad* *Estado* *Codigo Postal*

**# del**

**Tele:** ( ) \_\_\_\_\_

**# de Tel.**

**Alternativo:** ( ) \_\_\_\_\_

**Usted es Ciudadano de los Estados Unidos?**

Si  No

Si no, El # de la Residencia o de Admisión \_\_\_\_\_

**Edad:** \_\_\_\_\_

**Sex**  
o

**Raza:** Negro  Hispano  Rubio  Otro: \_\_\_\_\_

**Estado de Matrimonio:** Soltero/a  Casado/a  Divorciado/a  Separado/a  Viudo/a

**La mujer es soltera en su hogar:** Si  No

**Nombre de la Esposa:**

\_\_\_\_\_

*Apellido* *Nombre* *Iniciales del Segundo Nombre*

**Edad:** \_\_\_\_\_ **Sexo:** \_\_\_\_\_ **Raza:** Negra  Hispana  Blanca  Otra: \_\_\_\_\_

**Numero de niños/as bajo de 6 años en residencia:** \_\_\_\_\_

**Numero total de personas que viven en la residencia** \_\_\_\_\_

**Numero de niños/as que reciben Medicaid:** \_\_\_\_\_

**Numero de mujeres embarazadas que viven en la residencia:** \_\_\_\_\_

**Esta casa es usada para cuidar niños/as en el día?** Yes  No

**Comprobante de Dueño de casa pegado en la aplicación? Si o No**

Una copia del contrato es requerida. Todos los aplicantes tienen que ser dueños de los records y ser ocupantes de la casa

**Part B**

Liste todos los miembros que residen en las casa que son de edad de 18 años o mas, y grabar sus ingresos en la aplicación. Asegure en incluir todos los ingresos y de otros modos como desempleo, Seguro Social, discapacidad, compensación de trabajo, pensión, AFDC, TANF, etc. Enliste los ingresos del dueño primero.

<b>Nombre:</b>	<b>Edad:</b>	<b>Relacion al dueño:</b>	<b>Modo de Ingresos:</b>	<b>Ingresos en total (anual):</b>

**Los ingresos totales de los habitantes de la residencia (anual):**

**Proof of Income attached for all household members 18 years of age and older?:** Yes

**Part C**

Por Favor dar lista en los niños bajo de 6 años de edad que viven o frecuentan la residencia o propiedad de 10 horas o mas a la semana.

Nombre de los niños:	Edad:	Fecha de Nacimiento:	Relación al dueño de la propiedad:

Yo \_\_\_\_\_ si atesto que los datos dados en esta aplicación son verdaderos y que los niños/as enlistados en la aplicación si viven y visitan frecuentemente mas de (10) horas o mas por la semana en la propiedad descrita en la aplicación. Yo comprendo que los niños/as tienen que tener exámenes de sangre del plomo en cuestión del envenenamiento del plomo antes de que los trabajos de remendar el plomo en su casa comience y estar de acuerdo que los niños/as estén examinados por sus doctores o de parte del Departamento de Salubridad de Kansas City y dar los resultados de los exámenes al Departamento de Salubridad antes de que el trabajo sea hecho en su propiedad. Yo también estoy de acuerdo en dar copias del las actas de nacimiento de cada niño enlistado en la aplicación como comprobante de sus edades.

**Actas de Nacimientos con la Aplicación:** Si  (Por niños/as bajos de 6 años o mas)

**Parte D**

Yo aquí ago un aplicación al Proyecto de Seguridad del Plomo en Kansas City por el trabajo de la propiedad mencionada. Yo en adelante certifico que yo soy el dueño y ocupante de digamos la propiedad y que los ingresos dados en Parte B representan los ingresos totales del año pasado incluyendo los ingresos de todas las personas en la residencia.

La información dada en Parte B es sometida en verificar de parte de Kansas City, Missouri. Yo estoy de acuerdo para someterme a la Ciudad, en el pedido, copias de los impuestos Federales, y estoy informado que todos los empleadores serán contactados para verificar los ingresos recibidos por resulta del empleo. Yo, daré el permiso al Proyecto de Seguridad del Plomo de Kansas City, Missouri a los supervisores, inspectores, empleados, y contratistas de que puedan entrar a la propiedad enlistada en la Parte A para hacer los trabajos abajo del Proyecto de Seguridad del Plomo en Kansas City. Yo detengo la Ciudad de Kansas City, Missouri sin daños en formas legales de cualquier queja legal o financio levantándose de parte de los trabajos hechos en la propiedad.

Yo comprendo que las superficies con plomo que son pegados o en condiciones buenas en el tiempo de la inspección no son categorizadas como peligrosas y no serán reparadas en este programa. Cualquier corrección que pueda seguir después del trabajo del Proyecto de Seguridad del Plomo sea completo será mi responsabilidad como el dueño.

Yo, el abajo firmado, juro abajo del penalti de perjurio que toda la información contenida en la aplicación es verdad y correcta en lo mejor de mi conocimiento y creencias.

**Firma Del Aplicante:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_



# Proyecto Seguro de Plomo Kansas City



Salud Pública

## Preguntas Frecuentes Que son Conocidas para llenar la Aplicación

• **Donde voy a obtener comprueba de que soy dueño de mi casa?**

*Usted puede tener posesión de este documento en los record de Bienes Raíces de cuando compro su casa. Si no, usted puede recomendar un contrato de dueño (Warranty Deed o Quit Claim Deed) en este local:*

*Jackson County Courthouse Departamento de Records  
415 East 12<sup>th</sup> Street  
Kansas City, Missouri 64106  
(816) 881-3719*

• **Como puedo conseguir una copia del Acta de Nacimiento de mi Niño/Niña?**

*Usted puede obtener el acta de nacimiento en contactar al Departamento de Salud del  Public Health donde su hijo/a nació. Si su niño/a nació en Missouri, usted puede obtener el acta de nacimiento en el local:*

*Departamento de Salud, Kansas City,  
Vital Records Office  
2400 Troost, Kansas City, Missouri 64108  
(816) 513-6309*

• **Donde puedo obtener un examen del plomo para mi Hijo e Hija?**

*Usted puede contactar el pediatra de su niña/a o la clínica y pedir un examen del plomo. O usted puede llamar al Departamento de Salubridad de Kansas City, Missouri al (816)513-6048 para hacer cita gratis del examen del plomo para su niño/a.*

### Usted Como Escucho de Nosotros

(Opcional)

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Periódico                                  | <input type="checkbox"/> Letrero       |
| <input type="checkbox"/> Radio                                      | <input type="checkbox"/> Televisión    |
| <input type="checkbox"/> Asociación de la Vecindad                  | <input type="checkbox"/> Amigos/Vecina |
| <input type="checkbox"/> Inspector de la Ciudad/ Enfermera          |  |
| <input type="checkbox"/> Evento Especial (por favor explique) _____ |  |
| <input type="checkbox"/> Otro (por favor explique) _____            |  |

**Cualquier persona deshabilitada que desea acomodaciones razonables para tener accesos de estos servicios puede contactar al la Ciudad, Primer Piso (816)513-1306 o (800) 735-2966. (MO Relay para personas con dificultades de escuchar).**