| **Administrador:** | **Número de contrato/RSP:** |
| --- | --- |
| **Dirección del administrador:**  | **Teléfono:**  |
| **Fax:**  | **Correo electrónico:**  |
| **Nombre del solicitante:**  |
| **Dirección del solicitante:**  |
| **Nombre del miembro de su grupo familiar con una discapacidad:**  |
| **Relación entre la persona con una discapacidad y el solicitante:**  |

El solicitante antes mencionado ha presentado una solicitud al administrador de contratos antes mencionado para recibir asistencia federal para vivienda a través del Programa de Sociedades para la Inversión en Vivienda (HOME) para personas con discapacidades. El solicitante declara que un miembro de su grupo familiar cumple con la siguiente definición que corresponde a una Persona con Discapacidad, de conformidad con 24 CFR 92 y 10 TAC 23:

**DEFINICIÓN DE UNA PERSONA CON DISCAPACIDAD**

Una Persona con Discapacidad es aquella que:

A. Tiene una discapacidad física, mental o emocional que:

1. Se espera que sea prolongada y de duración indefinida, Y

2. Obstaculiza de manera considerable su capacidad de vivir de manera independiente, Y

3. Es de tal naturaleza que la capacidad podría mejorarse con condiciones de vivienda más adecuadas; O

B. Tiene una discapacidad del desarrollo grave y crónica que:

1. Se atribuye a un impedimento mental o físico o a la combinación de impedimentos mentales o físicos; Y
2. Se manifiesta antes de que la persona cumpla los 22 años; Y
3. Es probable que se prolongue de manera indefinida; Y
4. Da lugar a limitaciones funcionales importantes en tres o más de los siguientes aspectos de la vida:
	1. Cuidado personal;
	2. Lenguaje expresivo y receptivo;
	3. Aprendizaje;
	4. Movilidad;
	5. Autonomía;
	6. Capacidad de llevar una vida independiente;
	7. Autosuficiencia económica; Y
5. Refleja la necesidad de tratamientos o servicios de la persona que son de duración extendida o permanente y que son planificados o coordinados de manera individual.

C. Una persona desde su nacimiento hasta los 9 años de edad que tiene un retraso del desarrollo considerable, una afección congénita o adquirida puede considerarse que tiene una discapacidad del desarrollo sin cumplir con los tres criterios antes mencionados si dicha persona tiene una alta probabilidad de cumplir con dichos criterios más adelante en su vida.

De conformidad con las normas del Programa HOME, la preferencia de discapacidad que el solicitante reclame debe estar confirmada por un proveedor de atención médica u otra fuente de confianza. Toda la información provista es confidencial y se usará estrictamente para los propósitos de establecer la elegibilidad del solicitante para recibir la asistencia del Programa HOME como una Persona con Discapacidad.

**NO revele detalles específicos relacionados con la naturaleza de la discapacidad del solicitante o que se relacionen con su diagnóstico médico específico.**

**AUTORIZACIÓN DEL SOLICITANTE PARA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN:**

Por el presente, autorizo a la persona identificada a continuación como “Persona autorizada a brindar verificación de discapacidad” a divulgar información al administrador de contratos antes mencionado con el propósito de confirmar mi elegibilidad como una Persona con Discapacidad, de acuerdo con la definición de Persona con Discapacidad antes mencionada.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma de la Persona con Discapacidad o su tutor Fecha

**PERSONA AUTORIZADA A BRINDAR VERIFICACIÓN DE DISCAPACIDAD**

|  |
| --- |
| **Nombre de la persona:** |
| **Dirección de la persona:** |
| **Relación entre la persona y el solicitante:** | **Teléfono:** |

**CERTIFICACIÓN DE DISCAPACIDAD DEL SOLICITANTE:**

Por el presente, certifico que el solicitante antes mencionado cumple con el criterio de Persona con Discapacidad según se establece en la definición antes mencionada de Persona con Discapacidad.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma de la persona autorizada a brindar verificación de discapacidad Fecha

**ADVERTENCIA: en la sección 1001 del título 18 del Código de los Estados Unidos se establece que una persona será culpable de un delito grave en caso de que realice declaraciones falsas o fraudulentas, de manera intencional y voluntaria, ante cualquier departamento gubernamental de los Estados Unidos.**

|  |
| --- |
| *Se realizarán ajustes razonables para las personas con discapacidades y se ofrecerá asistencia con el idioma a las personas con un dominio limitado del idioma inglés.* |
|  | **SimpleSeal BLACK med res.jpgDepartamento de Vivienda y Asuntos COMUNITARIOS DE TEXAS**Eq Hsng logo transparantDirección: 221 East 11th Street, Austin, TX 78701 Dirección postal: PO Box 13941, Austin, TX 78711Número telefónico principal: 512-475-3800 Número telefónico gratuito: 1-800-525-0657 Correo electrónico: info@tdhca.state.tx.usPágina web: www.tdhca.state.tx.us |  |