



Application Checklist (H-3014)

Name: _____ Phone: _____

Address: _____

City: _____ State: _____ Zip Code: _____

All of the documents listed below must be returned with this checklist to complete your application.

- Lead Abatement Assistance Application (H-141) Owner Worksheet**
(Owner fills out pages 1, 2, and 3.)
- Lead Abatement Assistance Application (H-141) Occupant Worksheet**
(Tenant: if owner-occupied, owner fills out pages 4 and 5.)
- Homeowner's Insurance Declaration Page**
(Owner provides copy for property address.)
- Consent and Authorization to Release Confidential Information (H-146)**
(Tenant: Consent and authorization form to disclose and use confidential information.)
- Employment Verification Sheet (H-145)**
(Tenant: Employer verification sheet is attached to provide to employer to complete and return with completed application.)
- Income Verification**
(Tenant or Owner, if owner-occupied.)
Provide all that apply: bank account statement, check stubs, previous year's taxes, Social Security letter, child support payments, unemployment, food share, etc. for everyone 18 years of age and older.

***Please be sure that all documents are included before submitting your application.
Incomplete applications will not be accepted.***

Return all documents to:

City of Milwaukee Health Department
Childhood Lead Poisoning Prevention Program
841 North Broadway, First Floor
Milwaukee, WI 53202

Questions? Call 414-286-2165

H-3014 4/26/21 MHD Graphics



Lista de referencia de la solicitud (H-3014sp)

Nombre: _____ Teléfono: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Todos los documentos en la lista que sigue deben ser devueltos con esta lista de referencia para completar su solicitud.

- Solicitud de asistencia para la reducción del plomo (H-141sp) Hoja de trabajo del dueño**
(El dueño completa las páginas 1, 2, y 3.)
- Solicitud de asistencia para la reducción del plomo (H-141sp) Hoja de trabajo del dueño**
(Inquilino: si es el dueño el ocupante, el dueño llena las páginas 4 y 5.)
- Página de declaración de la aseguranza del dueño de la casa**
(El dueño provee una copia para la dirección de la casa.)
- Consentimiento y autorización para divulgación de la información confidencial (H-146sp)**
(Inquilino: Formulario de consentimiento y autorización para revelar y usar la información confidencial.)
- Hoja de verificación de empleo (H-145sp)**
(Inquilino: Se adjunta la hoja de verificación del empleador para dársela al empleador para que la complete y sea devuelta con la solicitud completa.)
- Verificación de ingreso**
(Inquilino o dueño, (si está ocupada por el dueño.)
Provea todo lo que aplique: declaración de la cuenta del banco, talones de cheques, impuestos del año anterior, carta de Seguridad Social, pagos de sustento de menores, desempleo, comida compartida, etc., para todas las personas mayores de 18 años.

**Por favor asegúrese de que se incluyen todos los documentos antes de entregar su solicitud.
No se aceptarán solicitudes incompletas.**

Devuelva todos los documentos al Departamento de Salud de la Ciudad de Milwaukee:

City of Milwaukee Health Department
Childhood Lead Poisoning Prevention Program
841 North Broadway, First Floor
Milwaukee, WI 53202

¿Preguntas? Llame 414-286-2165

H-3014sp 4/26/21 MHD Graphics

Lead Abatement Assistance Application: OWNER WORKSHEET (H-141)

For Office Use Only			
Rental	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Unknown
Owner-Occupied	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Unknown
<50% AMI	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Unknown
<80% AMI	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Unknown

Property Address:	
Number of Units:	Company Name: <i>(if applicable)</i>
Owner's First Name:	Owner's Last Name:
Owner's Address: <i>(write "same" if owner occupied)</i>	
Owner's Primary Phone:	Owner's Secondary Phone:
Best time to be reached? <i>(Between 7 am-4 pm M-F):</i>	Owner's Email:
Primary Contact <i>(if other than the owner):</i>	Primary Contact's Phone:

Property Information			
Zip Code location of the property: <input type="checkbox"/> 53204 <input type="checkbox"/> 53205 <input type="checkbox"/> 53206 <input type="checkbox"/> 53208 <input type="checkbox"/> 53209 <input type="checkbox"/> 53210 <input type="checkbox"/> 53212 <input type="checkbox"/> 53215 <input type="checkbox"/> 53216			
Was the house at the above address built on or before 1978?	Year built: _____	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Unknown
Does the house/apartment have at least one bedroom?		<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Unknown
Do you have homeowner's insurance? If so, please attach a copy of certificate of insurance to this application.		<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Unknown
Are there outstanding Orders to Correct Lead-Paint Hazards on the property?		<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Unknown
Have you recorded ownership information with the City? http://city.milwaukee.gov		<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Unknown
Do you live in the property or do you rent it out? <i>(If rental, please fill out questions below.)</i>		<input type="checkbox"/> Live in <input type="checkbox"/> Rental	
For Rental Units/Landlords:			
Are you willing to rent the unit to low income families with children?		<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Unknown
Is the unit currently rented?		<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Unknown
What is the monthly rent for the unit? \$ _____			

Owner Acknowledgment

The City of Milwaukee Health Department ("Department") will award funds for the performance of lead abatement at your property should you be found to qualify as a participant in the Childhood Lead Poisoning Prevention Program. As a recipient of those funds ("Recipient"), you must agree to the following terms and conditions:

Please initial each statement to acknowledge that you have read it and agree to comply with it.

- _____ The Recipient certifies that he/she is the owner of the property to be rehabilitated.
- _____ Neither the Recipient nor any member of his/her immediate family is currently employed by the City of Milwaukee Health Department as a person with decision making authority for the Childhood Lead Poisoning Prevention Program nor has he/she nor any immediate family member been so employed within the previous 12-month period.
- _____ The Recipient certifies that he/she has not been found in violation of federal, state, or local fair housing laws.
- _____ The Recipient desires that certain improvements related to asthma, lead and injury prevention be made to the Property.
- _____ The Recipient has chosen to have the lead abatement work performed at his/her own initiation and request and has not been otherwise forced to participate in the Program.
- _____ The owner understands that this grant can provide funding up to the amount of \$40,000.00 per unit, including the cost of occupant relocation during rehabilitation of the unit. The owner is responsible for all rehabilitation amounts over and above \$40,000.00 per unit.

Owner Acknowledgment, cont.

- _____ The Recipient agrees to comply with the appropriate United States Department of Housing and Urban Development (HUD) Regulations pertaining to lead-based paint poisoning prevention, 24 CFR Part 35.
- _____ In accordance with 42 U.S.C. Sec. 4852, if the property being rehabilitated is not owner-occupied, Recipient will ensure (or require that any successor in interest in the property ensure) that at least 50% of the units in the property being rehabilitated must be occupied by or made available to families with incomes at or below 50% of the area median income level and the remaining units shall be occupied or made available to families with incomes at or below 80% of the area median income level, and in all cases the landlord shall give priority in renting units in the property being rehabilitated, for not less than 3 years following the completion of lead abatement activities, to families with a child under the age of 6 years, except that buildings with five or more units may have 20% of the units occupied by families with incomes above 80% of area median income level.
- _____ The Recipient acknowledges that the City shall pay the contractor who performed the remediation work ("Contractor") only after acceptance of the work by the Recipient. In the event that the Recipient has an objection to payment to the Contractor due to concerns relating to the quality of the remediation work, the Recipient shall submit a written objection to the City of Milwaukee Health Department within five (5) business days after the request for sign-off by the Recipient. The City of Milwaukee Health Department will then retain an independent inspector to determine the adequacy of the remediation work. The findings of the independent inspector shall be final, and will determine whether the Contractor will be paid by the City or if corrective actions are necessary.
- _____ The Recipient understands and agrees that any scope of work prepared by the Contractor does not in any way warrant the condition of the property to be remediated. It is expressly understood that the scope of work is not an inspection report.
- _____ If enrolled in the Program, the Recipient's property shall be subject to a planning review City of Milwaukee Historic Preservation Commission to determine if the property is a historic property. If the property has a proposed designation for historic preservation, vinyl replacement windows may not be an option; in those cases the Department will pay the Contractor to remove the lead and restore the original windows.
- _____ The Recipient certifies that no real estate taxes are delinquent on any property he/she owns in the City of Milwaukee. If real estate taxes are currently overdue, the Recipient certifies that Recipient is currently under an approved repayment plan.
- _____ Property owners must be present for the inspection and provide access to the entire building.
- _____ For rental properties, I must provide 48 hour notice to my tenants. I must open the building each day or provide the contractor a key for the duration of the project.
- _____ Owner responsible for unit being ready per the pre-construction agreement.
- _____ Occupants may need to relocate for one or more days. The length of relocation depends on the extent of unit work necessary. Depending on the scope of the work being done, the City of Milwaukee may be able to provide assistance with relocation expenses for all or portions of the time the work is being done. A separate review and approval process is required for payment of relocation expenses. Talk to your unit coordinator to make arrangement prior to work being started.
- _____ Failure to follow the above policies may result in property disqualification and or contractor fees.
- _____ The Recipient is fully aware that the purposes of the Childhood Lead Poisoning Prevention Program are to ensure that the remediation work is completed in a safe and workmanlike manner and to ensure that various terms of funding sources are met.

The Childhood Lead Poisoning Prevention Program is a conditional grant program to property owners for remediation work that the owners have chosen to make. The City has not induced the property owner to participate in the program, and has made no representation concerning the condition of the property, the quality of work performed or to be performed, or the capability of the Contractor. The Childhood Lead Poisoning Prevention Program is not intended, nor does it, in any manner, confer rights to third persons or entities not parties to this terms and conditions agreement and disclosure statement.

Under the pains and penalties of perjury, the Recipient certifies that all information and representations furnished by the Recipient are true and complete.

The Recipient acknowledges that any misrepresentation of any fact may result in suspension or termination from the Childhood Lead Poisoning Prevention Program, as determined in the sole discretion of the City of Milwaukee Health Department.

Recipient's Signature _____
(property owner)

Date _____

Occupant Information			
Rental		<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Unknown
Owner-Occupied		<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Unknown
<80% AMI		<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Unknown
Is there a child under the age of 6 living in the house full time?	If yes, how many? _____	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Unknown
Is there a child under the age of 6 who is a regular visitor (for at least 6 hours per week, 10 weeks per year)?	If yes, how many? _____	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Unknown
Is there a child under 6 living in or a regular visitor to this home with a blood lead level of 5 or higher?	If yes, how many? _____	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Unknown
I understand that children under 6 years old who live in my house or regularly visit my house must be tested for lead in order for the property to be eligible for lead abatement assistance. <i>(If not tested within 90 days before the project is started, city will provide free testing.)</i>		<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Does not apply
Is this home being used as an in-home child care?	If so, how many children attend? _____	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Unknown
Is there a pregnant woman living in the house full time?		<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Unknown
Is there a pregnant woman who is a regular visitor (for at least six hours per week, 10 weeks per year)?		<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Unknown
I understand that any pregnant woman living in the house, or who is a regular visitor to the house, must be tested for lead in order for the property to be eligible for lead abatement assistance. <i>(If not tested within 90 days before the project is started, city will provide free testing.)</i>		<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Does not apply
Note: In order to qualify for lead abatement assistance, there must be a child under the age of 6 living in or regularly visiting the home, or a pregnant woman living in or regularly visiting the home.			

Occupant Worksheet			
Property Address:			
A. Number who live in household:		B. Number of children under 6 and/or number of pregnant women who live or spend significant time in the home:	
Answer the following for the Head of Household			
Gender: <input type="checkbox"/> Male <input type="checkbox"/> Female	Race: <input type="checkbox"/> American Indian or Alaska Native <input type="checkbox"/> Native Hawaiian or Other Pacific Islander	<input type="checkbox"/> Asian <input type="checkbox"/> Black or African American <input type="checkbox"/> White <input type="checkbox"/> Other Multi-Race	Ethnicity: <input type="checkbox"/> Hispanic <input type="checkbox"/> Not Hispanic

List everyone who lives at the property (number should equal number listed in box A). Attach additional sheets if necessary.						
Name	Has a disability?	Receiving Public Assistance?	Date of Birth	Relationship to Head of Household	Employed?	Yearly Income (if employed)
	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No			<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	
	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No			<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	
	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No			<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	
	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No			<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	
	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No			<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	
	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No			<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	
	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No			<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	
	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No			<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	
	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No			<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	
	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No			<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	

Occupant Worksheet, cont.

Based on the number of people living in your household, circle the total yearly income from all sources.				
Household #	Extremely Low	Low	Moderate	Non-Low Moderate
1	< \$16,250	\$16,251-27,100	\$27,101-43,300	Over \$43,300
2	< \$18,600	\$18,601-30,950	\$30,951-49,500	Over \$49,500
3	< \$20,900	\$20,901-34,800	\$34,801-55,700	Over \$55,700
4	< \$23,200	\$23,201-38,650	\$38,651-61,850	Over \$61,850
5	< \$25,100	\$25,101-41,750	\$41,751-66,800	Over \$66,800
6	< \$26,950	\$26,951-44,850	\$44,851-71,750	Over \$71,750
7	< \$28,800	\$28,801-47,950	\$47,951-76,700	Over \$76,700
8	< \$30,650	\$30,651-51,050	\$51,051-81,650	Over \$81,650

All occupants, adult and children, must be listed and information complete.

- This program **highly recommends** that all children under 6 years old or pregnant women who live or spend a significant amount of time in the home be tested for blood lead poisoning in the 90 days **before** work is done on your home. Contact your doctor or the health department to arrange for blood tests. This information will be treated as confidential. Documentation of lead testing is needed in order to associate a child with a household. The City will provide the testing free of cost to you.
- Homes with children under 6 years of age (birth to 5) with an Elevated Blood Lead (EBL) level will be given higher priority.
- Proof of income should be listed for all those who are 18 years of age and older within the household Current pay stub (within one month), bank statements, prior year tax returns – if self-employed, will need tax returns for prior two years. Zero income individuals require a notarized statement.

I acknowledge that I have been given brief instruction regarding my responsibilities during this work process.

They are as follows:

- All children and pregnant women must be out of the house/apartment each day and night while interior work is being done. Occupants can be in their home during exterior work.
- The house/apartment must be clean and orderly before work begins. An inspection will be allowed prior to work, if this is requested by the City of Milwaukee Health Department.
- If window replacement is being done,
 - All furniture will be moved away from the windows before the contractor arrives.
 - All window curtains/shades or mini-blinds and hardware will be removed before the contractor arrives on the job, and will be replaced by the occupant when work is complete.
- Children and pregnant women may not be present while any interior work is being done by the contractor this is to protect them from being exposed to lead.
- If significant work is being completed, there may be the option of temporary relocation assistance. Such requests must be reviewed and approved by a health department manager prior to work commencing.

I accept the responsibilities and obligations listed above and certify that the information below is accurate. I understand that I shall be notified at least 24 hours in advance of any work being done on this project.

Head of Household's Signature _____

Date _____

City of Milwaukee Health Department
Lead Abatement Assistance Application (H-141) Supplement
Relocation Needs Assessment

Property Address:	
Number of Units:	Company Name: <i>(if applicable)</i>
Owner's First Name:	Owner's Last Name:
Owner's Address: <i>(write "same" if owner occupied)</i>	
Owner's Primary Phone:	Owner's Secondary Phone:
Best time to be reached? <i>(Between 7 am-4 pm M-F):</i>	Owner's Email:
Primary Contact <i>(if other than the owner):</i>	Primary Contact's Phone:

Relocation is often necessary for Lead Hazard Reduction Activities. Please answer the following questions about relocation.

Do you have a place to stay while this work is being performed in your home?
If so, how long could you stay there?
Is the residence lead safe?
How many people would need to be relocated?
Would any pets need to be relocated?

Solicitud de Asistencia para la Reducción del Plomo:

HOJA DE TRABAJO (H-141sp)

For Office Use Only

Rental	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Unknown
Owner-Occupied	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Unknown
<50% AMI	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Unknown
<80% AMI	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Unknown

Dirección de la propiedad:	
Número de Unidades:	Nombre de la Compañía (si es aplicable)
Nombre del dueño:	Apellido del dueño:
Dirección del dueño (escribala aun si el dueño vive allí)	
Teléfono primario del dueño:	Teléfono secundario del dueño:
¿Cuál es la mejor hora para contactarlo? (entre 7 am-4 pm L-V):	Email del dueño:
Contacto primario (si es otra persona que no es el dueño):	Teléfono del contacto primario:

Información de la propiedad

Localización del código postal de la propiedad: <input type="checkbox"/> 53204 <input type="checkbox"/> 53205 <input type="checkbox"/> 53206 <input type="checkbox"/> 53208 <input type="checkbox"/> 53209 <input type="checkbox"/> 53210 <input type="checkbox"/> 53212 <input type="checkbox"/> 53215 <input type="checkbox"/> 53216			
¿La casa en la dirección anterior fue construida en o antes de 1978? Año en que se construyó: _____	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Desconocido
¿Tiene la casa/el apartamento por lo menos un dormitorio?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Desconocido
¿Tiene seguro como dueño de la casa? Si es así, por favor incluya una copia del certificado del seguro con esta aplicación.	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Desconocido
¿Hay Órdenes de Corregir los Peligros de Pintura de Plomo pendientes en la propiedad?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Desconocido
¿Ha registrado la información de propiedad con la Ciudad? http://city.milwaukee.gov	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Desconocido
¿Vive usted en la propiedad o se la alquila a alguien? (Si es una propiedad que usted le alquila a alguien, por favor complete las preguntas abajo.)	<input type="checkbox"/> Vivo aquí	<input type="checkbox"/> Alquilada	
Para Unidades de Alquiler/Propietarios:			
¿Está dispuesto a alquilarles esta unidad a familias de ingresos bajos con niños?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Desconocido
¿Está alquilada esta unidad actualmente?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Desconocido
¿Cuál es el alquiler mensual para esta unidad? \$ _____			

Declaración del propietario

El Departamento de Salud de la Ciudad de Milwaukee ("Departamento") adjudicará fondos para el desempeño de la reducción del plomo en su propiedad si se encuentra que usted califica como un participante en el Programa de Prevención de Envenenamiento por Plomo de la Niñez. Como un recipiente de esos fondos ("Recipiente"), usted debe estar de acuerdo con los términos y condiciones siguientes:

Por favor ponga su inicial para reconocer que lo ha leído y está de acuerdo en cumplir con esto.

_____ El Recipiente certifica que él/ella es el dueño de la propiedad que será rehabilitada.

_____ Ni el Recipiente ni ningún miembro de su familia inmediata está empleado actualmente por el Departamento de Salud de la Ciudad de Milwaukee como una persona con autoridad para hacer decisiones para el Programa de Prevención de Envenenamiento por Plomo de la Niñez, ni tampoco él/ella o algún miembro de su familia inmediata ha sido empleado dentro del período previo de 12 meses.

_____ El Recipiente certifica que él/ella no ha sido encontrado en violación de las leyes justas de la vivienda, federales, estatales o locales.

_____ El Recipiente desea que ciertas mejoras relacionadas con la prevención del asma, plomo y lesiones se hagan en la Propiedad.

_____ El Recipiente ha escogido que se haga el trabajo de disminución del plomo de su propia iniciativa y pedido, y no ha sido de ninguna manera forzado a participar en el Programa.

_____ El dueño entiende que esta subvención puede proporcionar fondos hasta la suma de \$40,000.00 por unidad, que incluye el costo de reubicación de los ocupantes durante la rehabilitación de la unidad. El dueño se hace responsable de pagar todos los montos de rehabilitación que superen los \$40,000.00 por unidad.

Declaración del propietario, cont.

- _____ El Recipiente está de acuerdo en cumplir con United States Department of Housing and Urban Development (HUD) Regulations apropiadas correspondientes a la prevención de envenenamiento por pintura basada en plomo, 24 CFR Part 35.
- _____ De acuerdo con el código 42 de la sección 4852 del U.S.C., si la propiedad que se rehabilita no está ocupada por el dueño, el Beneficiario se asegurará (o requerirá que cualquier sucesor interesado en la propiedad se asegure) de que al menos el 50% de las unidades en la propiedad que se rehabilitan deben estar ocupadas o disponibles para familias con ingresos iguales al o menos del 50% del nivel medio de ingresos del área y las unidades restantes se ocuparán o pondrán a disposición de las familias con ingresos iguales al o menos del 80% del nivel medio de ingresos del área, y en todos los casos el propietario dará prioridad en alquilar unidades en la propiedad que se rehabilitan, por no menos de 3 años después de la finalización de las actividades de eliminación de plomo, a familias con un niño menor de 6 años, a menos en los edificios con cinco o más unidades pueden tener el 20% de las unidades ocupadas por familias con ingresos arriba del 80% del nivel medio de ingresos del área.
- _____ El Recipiente entiende que la Ciudad le pagará al contratista que llevó a cabo el trabajo de remediación ("Contratista") sólo después de la aceptación del trabajo por el Recipiente. En el evento en que el Recipiente tiene una objeción al pago del Contratista debido a preocupaciones relacionadas con la calidad del trabajo de remediación, el Recipiente someterá una objeción por escrito al Departamento de Salud de la Ciudad de Milwaukee dentro de los cinco (5) días activos después de la petición para cerrar por el Recipiente. El Departamento de Salud de la Ciudad de Milwaukee entonces contratará a un inspector independiente para determinar la adecuación del trabajo de remediación. Las conclusiones del inspector independiente serán finales, y determinarán si el Contratista será pagado por la Ciudad o si acciones correctivas son necesarias.
- _____ El Recipiente entiende y está de acuerdo en que cualquier alcance de trabajo preparado por el Contratista de ninguna manera garantiza que la condición de la propiedad sea remediada. Se comprende expresamente que el alcance de trabajo no es un reporte de inscripción.
- _____ Si está inscrito en el Programa, la propiedad del Recipiente está sujeta a una revisión planeada por parte de City of Milwaukee Historic Preservation Commission para determinar si la propiedad es una propiedad histórica. Si la propiedad tiene una designación propuesta para preservación histórica, las ventanas de reemplazo de vinilo podrían no ser una opción; en esos casos el Departamento le pagará al Contratista para remover el plomo y restaurar las ventanas originales.
- _____ El Recipiente certifica que no hay impuestos de propiedad delincuentes en ninguna propiedad de la cual él/ella son dueños en la Ciudad de Milwaukee. Si actualmente hay impuestos territoriales atrasados, el Recipiente certifica que el Recipiente actualmente está bajo un plan de repago aprobado.
- _____ Los dueños de la propiedad deben estar presentes para la inspección y proveer acceso al edificio entero.
- _____ Para las propiedades de alquiler, debo proveer un aviso de 48 horas a mis inquilinos. Debo abrir el edificio cada día o darle al contratista una llave durante la duración del proyecto.
- _____ El propietario es responsable de que la unidad esté lista por el acuerdo de pre-construcción.
- _____ Los ocupantes podrían tener que relocalizarse por uno o más días. La duración de la relocalización depende de la extensión del trabajo necesario en la unidad. Dependiendo del alcance del trabajo que se está haciendo, la Ciudad de Milwaukee podría proveer ayuda con los gastos de relocalización por todo el tiempo o partes del tiempo en que el trabajo se está haciendo. Se requiere una revisión separada y un proceso de aprobación para el pago de gastos de relocalización. Hable con su coordinador de la unidad para hacer arreglos antes de que comience el trabajo.
- _____ El hecho de no seguir las normas anteriores podría resultar en la descalificación de la propiedad y o tarifas del contratista.
- _____ El Recipiente tiene pleno conocimiento de que los propósitos del Programa de Prevención de Envenenamiento por Plomo de la Niñez, son asegurar que el trabajo de remediación se complete de una manera segura y competente y asegurar que los términos variados de las fuentes del financiamiento se cumplan.

El Programa de Prevención de Envenenamiento por Plomo de la Niñez es un programa de concesión condicional a los dueños de propiedad para un trabajo de reparación **que los dueños han escogido** hacer. La Ciudad no ha inducido a los dueños de propiedad a participar en el programa, y no ha hecho ninguna representación con respecto a la condición de la propiedad, la calidad del trabajo hecho o que se hará, o la capacidad del Contratista. El Programa de Prevención de Envenenamiento por Plomo de la Niñez, no está planeado, ni lo hace, de ninguna manera, conferir derechos a terceras personas o entidades ni es parte interesada en el acuerdo de los términos y condiciones y la declaración de divulgación.

Bajo las penas y sanciones por perjurio, el Recipiente certifica que toda la información y representaciones dadas por el Recipiente son ciertas y completas.

El Recipiente certifica que cualquier falsedad de cualquier hecho podría resultar en suspensión o terminación del el Programa de Prevención de Envenenamiento por Plomo de la Niñez, según sea determinado por la única discreción del Departamento de Salud de la Ciudad de Milwaukee.

Firma del Recipiente _____
(dueño de la propiedad)

Fecha _____

Información del Ocupante			
Alquiler	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Desconocido
Dueño-Ocupado	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Desconocido
<80% AMI	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Desconocido
¿Hay un niño menor de 6 años de edad que vive en la casa tiempo completo? Si la respuesta es Sí, ¿cuántos? _____	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Desconocido
¿Hay un niño menor de 6 años de edad que es un visitante regular (por lo menos 6 horas por semana, 10 semanas al año)? Si la respuesta es Sí, ¿cuántos? _____	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Desconocido
¿Hay un niño menor de 6 años de edad que vive o visita regularmente este hogar con un nivel de plomo en la sangre de 5 ó más alto? Si la respuesta es Sí, ¿cuántos? _____	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Desconocido
Entiendo que los niños menores de 6 años que viven o que regularmente visitan mi casa deben tener un examen de plomo para que la propiedad sea elegible para ayuda con la disminución del plomo. (Si no se les hace el examen dentro de los 90 días antes de que comience el proyecto, la Ciudad proveerá el examen gratis.)	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No aplica
¿Se usa esta casa como un hogar de cuidar niños? Si es así, ¿cuántos niños asisten? _____	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Desconocido
¿Hay una mujer embarazada que vive en esta casa tiempo completo?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Desconocido
¿Hay una mujer embarazada que visita regularmente esta casa (por lo menos seis horas por semana, 10 semanas al año)?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Desconocido
Entiendo que cualquier mujer embarazada que vive en la casa, o que es una visitante regular a esta casa, debe hacerse un examen de plomo para que la propiedad sea elegible para ayuda con la disminución del plomo. (Si no se hace el examen dentro de los 90 días antes de que comience el proyecto, la Ciudad proveerá el examen gratis.)	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No aplica
Nota: Para calificar para ayuda con la disminución del plomo, debe haber un niño menor de 6 años de edad que vive en el hogar o lo visita regularmente, o una mujer embarazada que vive en el hogar o lo visita regularmente.			

Hoja del trabajo del ocupante			
Dirección de la propiedad:			
A. Número de personas que viven en el hogar:		B. Número de niños menores de 6 años y/o número de mujeres embarazadas que viven o que pasan mucho tiempo en la casa:	
Responda lo siguiente para la cabeza del hogar			
Género: <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer	Raza: <input type="checkbox"/> Indio americano o Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Nativo de Hawai u otro Isléño del Pacífico	<input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Negro o africano americano <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Otra Multi-Raza	Etnicidad: <input type="checkbox"/> Hispano <input type="checkbox"/> No Hispano

Ponga en la lista a todas las personas que viven en la propiedad (el número debe ser igual al de la lista de la caja A). Adjunte hojas adicionales, si es necesario.						
Nombre	¿Tiene una incapacidad?	¿Recibe Asistencia Pública?	Fecha de Nacimiento	Parentesco con la Cabeza del Hogar	¿Empleado?	Ingreso anual (si está empleado)
	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	

Hoja del trabajo del ocupante, cont.

Basándose en el número de personas que viven en su hogar, haga un círculo en el Ingreso Anual Total de todas las partes.				
Hogar #	Extremadamente bajo	Bajo	Moderado	No- bajo moderado
1	< \$16,250	\$16,251-27,100	\$27,101-43,300	Más de \$43,300
2	< \$18,600	\$18,601-30,950	\$30,951-49,500	Más de \$49,500
3	< \$20,900	\$20,901-34,800	\$34,801-55,700	Más de \$55,700
4	< \$23,200	\$23,201-38,650	\$38,651-61,850	Más de \$61,850
5	< \$25,100	\$25,101-41,750	\$41,751-66,800	Más de \$66,800
6	< \$26,950	\$26,951-44,850	\$44,851-71,750	Más de \$71,750
7	< \$28,800	\$28,801-47,950	\$47,951-76,700	Más de \$76,700
8	< \$30,650	\$30,651-51,050	\$51,051-81,650	Más de \$81,650

Todos los ocupantes, adultos y niños, deben estar en la lista y su información completa.

- Este programa **recomienda encarecidamente** que a todos los niños menores de 6 años o a las mujeres embarazadas que viven o pasan mucho tiempo en el hogar se les haga un examen de sangre para el envenenamiento de plomo en los 90 días **antes** de que se haga el trabajo en su hogar. Contacte a su doctor o al departamento de salud para hacer los exámenes de sangre. Esta información tendrá carácter confidencial. Se necesita la documentación del examen de plomo para asociar a un niño con un hogar. La Ciudad proveerá el examen sin ningún costo para usted.
- Los hogares con niños menores de 6 años de edad (del nacimiento a 5) con (nivel Elevado Plomo en la Sangre) Elevated Blood Lead (EBL) serán dados mayor prioridad.
- Se debe poner en la lista la Prueba de Ingreso para todos aquellos que tienen 18 años de edad o mayores que en el talón de pago Actual del hogar (un mes) declaraciones de banco, declaraciones de impuestos del año anterior –si trabaja por cuenta propia, necesitará declaraciones de impuestos de los últimos dos años. A las personas sin ningún ingreso se les requiere una declaración notariada.

Yo reconozco que me han dado instrucciones con relación a mis responsabilidades durante el proceso de este trabajo.

Estas son las siguientes:

- Todos los niños y las mujeres embarazadas deben estar fuera de la casa/apartamento cada día y cada noche mientras se está haciendo el trabajo adentro Los ocupantes pueden estar en su hogar durante el trabajo exterior.
- Se debe limpiar y ordenar la casa/el apartamento antes de que empiece el trabajo. Se permitirá una inspección antes del trabajo, si así lo requiere el Departamento de Salud de la Ciudad de Milwaukee.
- Si se está haciendo reemplazo de ventanas,
 - Se moverán todos los muebles lejos de las ventanas antes de que llegue el contratista.
 - Se quitarán todas las cortinas/persianas de ventana o mini-persianas y herrajes antes de que llegue el contratista para hacer el trabajo, y el ocupantes lo reemplazará cuando el trabajo esté completo.
- Los niños y las mujeres embarazadas no pueden estar presentes mientras el contratista esté haciendo cualquier trabajo en el interior. Esto es para protegerlos de estar expuestos al plomo.
- Si un trabajo significativo se está completando, podría haber la opción de ayuda para relocalización temporal. Dichas peticiones deben ser revisadas y aprobadas por un jefe del departamento de salud antes de que comience el trabajo.

Yo acepto las responsabilidades y obligaciones en la lista anterior y certifico que la información a continuación es exacta. Yo entiendo que se me notificará por lo menos 24 horas antes de que cualquier trabajo se haga en este proyecto.

Firma de la Cabeza del Hogar _____

Fecha _____

Solicitud de Asistencia para la Reducción del Plomo (H-141sp)

Suplemento para Relocalización

Dirección de la propiedad:	
Número de Unidades:	Nombre de la Compañía <i>(si es aplicable)</i>
Nombre del dueño:	Apellido del dueño:
Dirección del dueño <i>(escribala aun si el dueño vive allí)</i>	
Teléfono primario del dueño:	Teléfono secundario del dueño:
¿Cuál es la mejor hora para contactarlo? <i>(entre 7 am-4 pm L-V):</i>	Email del dueño:
Contacto primario <i>(si es otra persona que no es el dueño):</i>	Teléfono del contacto primario:

La relocalización necesita evaluación:

A menudo la relocalización es necesaria para las Actividades de la Reducción del Peligro del Plomo.
Por favor conteste las siguientes preguntas sobre relocalización..

¿Tiene un lugar en donde quedarse mientras se esté llevando a cabo este trabajo en su hogar?

De ser así, ¿cuánto tiempo podría quedarse allí?

¿Es segura contra plomo la residencia?

¿Cuántas personas necesitarían ser relocalizadas?

¿Se necesitaría relocalizar animales domésticos?



CITY OF MILWAUKEE
HEALTH DEPARTMENT

Date: _____

To:
Employer: _____
Address: _____
City: _____ State _____ ZIP _____

Re:
Employee: _____
Address: _____
City: _____ State _____ ZIP _____

Dear Sir or Madam:

The employee listed above has applied for services through the City of Milwaukee Childhood Lead Poisoning Prevention Program. In order to qualify for participation in this program we must verify this person's employment status.

Please complete the form below and/or attach a printout of this employee's payroll records for the immediately preceding 12-month period (see dates below). We have attached a confidentiality release signed by the employee authorizing release of this information.

Thank you for your assistance and your prompt attention to this matter. If you have any questions please feel free to contact me at 414-286-2165 any weekday between 8 am and 4:30 pm.

Sincerely,

_____, Lead Project Assistant

SECTION 1: EMPLOYMENT STATUS

Is the employee listed above currently employed by your company? Yes No If "yes," complete Section 2.

If "no," employment end date: _____

Reason employment ended: Never employed Laid off Quit Strike Fired Other: _____

Date of final paycheck: _____ Gross pay for final month: \$ _____

SECTION 2: EMPLOYMENT INFORMATION

Start date of employment: _____

Date first paycheck received: _____

Employment type: Temporary Permanent

Title: Manager Other: _____

Please provide an estimate of the following wage information for the next 30 days:

Type of Pay	Best Estimate of Weekly Hours	Rate of Pay per Hour	Regular Scheduled Weekly Hours
Regular:	_____	\$ _____	_____
Overtime:	_____	\$ _____	

Salary if not paid hourly: \$ _____

Frequency of pay: Weekly Bi-weekly Semi-Monthly Monthly Irregular

EMPLOYER

Print Name: _____ Signature: _____ Date: _____

Phone: _____

H-145 4/26/21 MHD Graphics



Fecha: _____

A:
Empleador: _____
Dirección: _____
Ciudad: _____ Estado ____ ZIP _____

Re:
Empleado: _____
Dirección: _____
Ciudad: _____ Estado: ____ ZIP: _____

Estimada Señor or Señora:

El empleado que aparece en la lista anterior ha solicitado servicios a través del Programa de Prevención de Envenenamiento por Plomo de la Niñez de la Ciudad de Milwaukee. Para poder calificar en la participación de este programa debemos verificar el estatus de empleo de esta persona.

Por favor complete el formulario a continuación y/o incluya una copia impresa de los récords de pago para el período de 12 meses que preceden inmediatamente (ver las fechas abajo). Hemos incluido un acceso de confidencialidad firmada por el empleado autorizando el acceso a dicha información.

Muchas gracias por su ayuda y su pronta atención a este asunto. Si tiene cualquier pregunta, por favor no dude en hacerme cualquier pregunta al 414-286-2165 cualquier día de la semana entre las 8 am y 4:30 pm.

Sincerely,

_____, Asistente del Proyecto de Plomo

SECCIÓN 1: ESTATUS DEL EMPLEO

¿Está el empleado que aparece en la lista arriba actualmente empleado por su compañía? Sí No

Si contesta "Sí," complete la Sección 2. Si contesta "no," fecha final del empleo: _____

Razón por la que terminó el empleo: Nunca estuvo empleado Despedido Renunció Huelga Echado Otro: _____

Fecha del último cheque de pago: _____ Pago bruto para el último mes: \$ _____

SECCIÓN 2: INFORMACIÓN DEL EMPLEADO

Fecha de inicio del empleo: _____ Fecha en que recibió el primer cheque de pago: _____

Tipo de empleo: Temporal Permanente Título: Jefe Otro: _____

Por favor denos un estimado de la siguiente información del salario para los siguientes 30 días:

Tipo de pago	El mejor estimado de horas semanales	Tarifa de pago por hora	Regular Scheduled horas semanales
Regular:	_____	\$ _____	_____
Horas extras:	_____	\$ _____	
Salario si no es pagado por horas: \$ _____			

Frecuencia del pago: Semanalmente Cada dos semanas Quincenal Mensualmente Irregular

EMPLEADOR

Nombre en letras de imprenta: _____ Firma: _____

Fecha: _____ Teléfono: _____



**Consent and Authorization for the City of Milwaukee Lead Poisoning Prevention Program
to Disclose and Use Confidential Information (H-146)**

Date: _____

To:	Re:
Lead Poisoning Prevention Program	Client's Name: _____
841 North Broadway, First Floor	Client's Address: _____
Milwaukee, WI 53202	City: _____ State: _____ ZIP: _____

I/We the undersigned client, or in the case of a minor, the parent or guardian, hereby voluntarily consent and grant permission to:

- a. The above-named person or entity to **fully disclose, discuss, and release** to a representative of the City of Milwaukee Lead Poisoning Prevention Program any and all private, confidential and other information and provide all documents necessary to be useful in completing my/our application for service through the City of Milwaukee Lead Poisoning Prevention Program.
- b. The City of Milwaukee Lead Poisoning Prevention Program to **fully disclose, discuss, and release** to the above-named person or entity any and all information and documents necessary to be useful to complete all applications for providing said services.

I/We understand that the City of Milwaukee Lead Poisoning Prevention Program will treat this information in a confidential manner, and I/we voluntarily consent and grant permission to the City of Milwaukee Lead Poisoning Prevention Program and its representatives to use and fully disclose, discuss, and release all such information to doctors, therapists, other professionals, and persons who have a need to know such information in order to complete my/our application, evaluation, or for the providing of said services by the City of Milwaukee Lead Poisoning Prevention Program.

Unless revoked in writing and delivered to the City of Milwaukee Lead Poisoning Prevention Program, this Consent and Authorization will expire on the date that the client is no longer involved or enrolled in the program. No revocation shall affect any action that been taken in reliance upon this Consent and Authorization. The recipient can rely on the presentation of this Authorization as proof that it has not expired or been revoked.

I/We understand that in order to enroll or receive services through the program, I/we must sign this Consent and Authorization.

I/We certify that prior to signing this consent and Authorization, I/we read it and understand all items and terms herein, and that this Consent and Authorization is signed and given freely, voluntarily, and knowingly. A copy or facsimile of this Consent and Authorization shall be as valid as the original. I/We have received a copy of this form.

Client, Parent, or Guardian's Signature: _____ Date: _____

Client, Parent, or Guardian's Signature: _____ Date: _____

(Por favor, vea el otro lado por español)

H-146 4/26/21 MHD Graphics



Consent and Authorization for the City of Milwaukee Lead Poisoning Prevention Program to Disclose and Use Confidential Information (H-146sp)

Fecha: _____

Para:
Programa de Prevención de Envenenamiento por Plomo
841 North Broadway, First Floor
Milwaukee, WI 53202

Re:
Nombre del Cliente: _____
Dirección del Cliente: _____
Ciudad: _____ Estado: _____ ZIP: _____

Yo/Nosotros, el cliente suscrito, o en el caso de un menor de edad, el padre/la madre o guardián, por la presente voluntariamente consiento/consentimos y doy/damos permiso a:

- a. La persona o entidad mencionada arriba a revelar, discutir y divulgar totalmente a un representante del Programa de Prevención de Envenenamiento por Plomo de la Ciudad de Milwaukee cualquier y toda la información privada, confidencial y otra información y proveer todos los documentos necesarios que sean útiles en completar mi/nuestra solicitud para el servicio a través del Programa de Prevención de Envenenamiento por Plomo de la Ciudad de Milwaukee.
- b. El Programa de Prevención de Envenenamiento por Plomo de la Ciudad de Milwaukee a revelar, discutir y divulgar totalmente a la persona o entidad mencionada arriba, cualquier y toda la información y los documentos necesarios que sean útiles para completar todas las solicitudes para proveer dichos servicios.

Yo/Nosotros entiendo/entendemos que el Programa de Prevención de Envenenamiento por Plomo de la Ciudad de Milwaukee tratará esta información de manera confidencial, y yo/nosotros voluntariamente consiento/consentimos y doy/damos permiso al Programa de Prevención de Envenenamiento por Plomo de la Ciudad de Milwaukee y a sus representantes a usar y revelar, discutir y divulgar totalmente dicha información a doctores, a terapeutas, a otros profesionales, y a personas que tienen necesidad de saber dicha información para completar mi/nuestra solicitud, evaluación, o para proveer dichos servicios por el Programa de Prevención de Envenenamiento por Plomo de la Ciudad de Milwaukee.

A menos que sea revocado por escrito y entregado al Programa de Prevención de Envenenamiento por Plomo de la Ciudad de Milwaukee, este Consentimiento y Autorización expirará en la fecha en la cual el cliente ya no está involucrado o inscrito en el programa. Ninguna revocación afectará cualquier acción que ha sido tomada en garantía sobre este Consentimiento y Autorización. El recipiente puede contar en la presentación de esta Autorización como prueba de que no ha expirado o sido revocada.

Yo/Nosotros entiendo/entendemos que para inscribir o recibir los servicios a través del programa, yo/nosotros debo/debemos firmar este Consentimiento y Autorización.

Yo/Nosotros certifico/certificamos que antes de firmar este Consentimiento y Autorización, yo/nosotros lo leo/leemos y entiendo/entendemos todas las cosas y términos incluidos, y que este Consentimiento y Autorización se firma y se da libre, voluntariamente y a sabiendas. Una copia o duplicado de este Consentimiento y Autorización será tan válido como el original. Yo/Nosotros he/hemos recibido una copia de este formulario.

Firma del Cliente, Padre/Madre, o Guardián: _____ Fecha: _____

Firma del Cliente, Padre/Madre, o Guardián: _____ Fecha: _____

(Please see other side for English.)

H-146sp 4/26/21 MHD Graphics