

**SAN DIEGO LEAD SAFETY COLLABORATIVE RESIDENT ACKNOWLEDGEMENT**  
**EL RESIDENTE RECONOCE**

**Dirección** \_\_\_\_\_ **Apto. / Unidad** \_\_\_\_\_ **Código** \_\_\_\_\_

Este documento esta intencionado con el propósito de asegurar de que el ocupante sepa acerca los servicios que proporciona el “City of San Diego’s, Lead Safety Collaborative (LSC) grant program”, y las obligaciones del ocupante mientras su unidad está inscrita en el programa.

Los recursos de la donación del la LSC programa sólo son disponibles para las propiedades que cumplen con ciertos requisitos de ingresos , y usted será contactado por un representante del programa LSC para discutir el programa con más detalle y ver si su unidad reúne los requisitos para la donación de recursos.

El programa LSC opera en índices de prioridad con énfasis en las residencias con más necesidad de intervención. Las propiedades elegibles recibirán una inspección de casas saludables que incluye una inspección completa de peligros de plomo y evaluación de riesgos de plomo, y una evaluación de casas saludables. Después de la inspección, un representante del LSC lo contactara para discutir los resultados de la inspección y el ámbito de los servicios que se proporcionarán para remediar los peligros, los cuales serán resumidos en un reporte de evaluación de los peligros que se le proporcionara: El reporte incluirá:

- Un resumen de los componentes en la propiedad en que la pintura se ha clasificado con contenido de plomo
- Un resumen de cualquier peligro de plomo identificado
- Un resumen de cualquier peligro de salud o seguridad identificado
- El alcance de los servicios que se proveerán para eliminar los peligros identificados
- Un plan continuo de mantenimiento para que la propiedad continúe segura contra el plomo

En la mayoría de los casos, los ocupantes requerirán ser relocalizados temporalmente durante las actividades de reducción del plomo. En estos casos a los ocupantes se les requerirá que firmen una declaración indicando que ellos no son considerados una familia expatriada “displaced family” y que no son elegibles para los beneficios de relocalización bajo las Políticas del Acto de 1970 “Uniform Relocation Assistance and Real Property Acquisition Policies Act of 1970”. El programa LSC proporcionara y pagara acomodaciones de hotel y compensaciones temporarias de relocalización de la siguiente manera:

- Estipendio/remuneración diaria mientras la estadía sea con amistades es \$35 por adulto y \$20 por menor
- Estipendio/remuneración diaria mientras la estadía sea en un hotel es \$20 por adulto y \$10 por menor

Cuando la relocalización es requerida, el representante del LCS discutirá con usted el proceso de relocalización. Usted será notificado de sus opciones de relocalización y el número de días que esta podría durar.

Antes de la renovación, a usted se le requerirá que mueva todas sus pertenencias para que el contratista de las renovaciones pueda hacer los trabajos. A usted se le suministrarán materiales de empaque (bolsas, cajas y cinta engomada) en la cantidad que necesite, para guardar sus cosas personales.

A usted se le requerirá que le proporcione al contratista llaves de la unidad, que permanezca fuera del área de trabajo, y acaten las reglas del hotel donde pueda residir temporalmente.

Se podría requerir la implementación de un programa de Manejo Integrado de Plagas “Integrated Pest Management (IPM)” dependiendo de la severidad de la infestación. Si esta clase de plan se implementa a usted se le podría requerir: 1) desocupar su residencia por hasta 4 horas; 2) trabajar con el LCS para identificar e eliminar las áreas por las cuales las plagas tengan acceso a su propiedad; 3) **después de la renovación** mantenga su residencia y las áreas alrededor limpias y ordenadas, sin fuentes de comida y agua y utilice productos seguros de limpieza; 4) aplique gel para las cucarachas y o polvos de ácido bórico en su residencia de acuerdo a las instrucciones; 5) Mantenga las áreas donde las plagas puedan tener acceso a su residencia selladas.

El programa LSC podría utilizar los datos asociados con este proyecto en presentaciones, pero su información personal es **siempre confidencial**, y nunca se hará público.

El LSC es una colaboración de organizaciones asociadas que proporcionan una variedad de servicios del programa, incluyendo programas de eficiencia de energía e impermeabilidad que reducen las cuentas de energía mientras mejoran las condiciones de vida en la residencia durante todo el año. Un representante del LSC contactará **un** proveedor de servicios de eficiencia de energía e impermeabilidad en su área quien lo contactará directamente para inscribirlo en un programa de eficiencia de energía y/o impermeabilidad. Estos servicios pueden incluir pero no están limitados a, reparación/cambio del calentador de agua, reparación del horno de la calefacción, material aislante del ático, impermeabilidad de ventanas y puertas, e instalación de accesorios de bajo flujo de agua. En algunos casos, usted puede ser elegible para instalación de paneles solares a no costo para usted. En este caso, el socio del programa Grid Alternatives lo contactará directamente y le proporcionará información detallada acerca su programa.

Al firmar abajo, usted certifica que entiende y está de acuerdo con acatar y cumplir con los términos específicos contenidos en este documento.

Usted Accede y permite que los documentos que proporciono sean utilizados para determinar mi elegibilidad, se hagan disponibles a estas agencias asociadas para determinar mi elegibilidad para recibir los servicios suministrados por estas agencias.

Usted certifica que usted estará y hará su residencia disponible a los proveedores de todos los servicios, y que hará las citas con las agencias y las mantendrá.

---

Firma del Ocupante

---

Fecha

---

Teléfono

---

Mejor momento para ponerse en contacto con





El LSC es una colaboración de organizaciones asociadas y yo accedo y permito que la información y los documentos que conciernen a mi residencia se pueden compartir con las agencias asociadas con el LSC. Yo accedo y permito que los documentos que he proporcionado para la determinación de mi elegibilidad se pueden hacer disponibles a las agencias asociadas para determinar mi elegibilidad para recibir los servicios proveídos por estas agencias.

Entiendo y certifico que la información proveída anteriormente es verdadera y está completa.

\_\_\_\_\_

Firma de la Persona que Aplica

\_\_\_\_\_

Fecha

\_\_\_\_\_

Firma de la Persona que Co-Aplica

\_\_\_\_\_

Fecha



3. Please provide the following information about each child under 6 to the extent you can.

En lo que más pueda, por favor proporcione la siguiente información acerca cada niño menor de 6 años.

	Child/ Niño 1	Child/ Niño 2	Child/ Niño 3	Child/ Niño 4
(a) Age: Edad:				
(b) Blood lead level: Nivel de plomo en la sangre:				
(c) Month/year of blood lead test: Mes/Año de la prueba de sangre de plomo:				
(d) Location of bedroom: (ie N, NE, SE..) Localización del cuarto del niño:				
(e) Main room where child eats: Cuarto principal donde el niño come:				
(f) Main room where child plays: Cuarto principal donde el niño juega:				
(g) Main room where toys are stored: Cuarto principal donde guardan los juguetes del niño:				
(h) Main locations where child plays outdoors: Lugares principales donde el niño juega fuera de la casa:				

(If a resident child under age 6 has had an elevated blood lead level, an environmental investigation may be necessary [see Chapter 16 of the HUD Guidelines].)

(Si alguno de los niños menor de 6 años que viva en la casa y haya tenido un nivel de plomo en la sangre elevado, podría que sea necesario que se haga una investigación ambiental [vea el Capítulo 16 de las Guías Directivas de la HUD “Chapter 16 of the HUD Guidelines”].)

4.(a) Do any children tend to chew on any painted surfaces, such as interior windows sills?  Yes  No  
Hay algún niño que mastique/coma algún tipo de superficie pintada, como la de los marcos de las ventanas dentro de la casa?  Si  No

(b) If yes, where? \_\_\_\_\_  
Si, donde? \_\_\_\_\_

**Other Household Information and Family Use Patterns**

**Otra Información Acerca las Normas de Conducta Usuales de la Familia**

5. Do women of child-bearing age live in the home? Yes  No   
Hay alguna mujer que pueda tener que viva en la casa?  Si  No

6. If this home is in a building with other dwelling units, what common areas in the building are used by children?  
Si este es un edificio de apartamentos, que áreas comunes del edificio utilizan los niños? \_\_\_\_\_

7.(a) Which entrance is used most frequently?  
Que entrada se utiliza con más frecuencia? \_\_\_\_\_

(b) What other entrances are used most frequently?  
Que otras entradas se utilizan con más \_\_\_\_\_

frecuencia?

8. Which windows are opened most frequently?  
Cuales ventanas están abiertas con más frecuencia?

---

9. (a) Do you use window air conditioners?  
Utilizan aire acondicionado de ventanas?

Yes  No  
 Si  No

(b) If yes, where?  
Si, donde?

---

10. (a) Do you or any other family members garden?  
Hay algún miembro de su familia que jardínee?

Yes  No  
 Si  No

(b) If yes, where is the garden?  
Si, donde en el jardín?

---

11. (a) Are you planning any landscaping activities that will remove grass or ground covering?  
Está planeando alguna actividad de jardinería que remueva césped o cubierta de tierra?

Yes  No  
 Si  No

(b) If yes, where?  
SI, donde?

---

12. (a) Which areas of the home get cleaned regularly?  
Que áreas de la casa se limpian con regularidad?

---

(b) Which areas of the home do not get cleaned regularly?  
Que áreas de la casa no limpian con regularidad?

---

13. (a) Are there any household members exposed to lead at work?  
Hay algún miembro del hogar que este expuesto al plomo en el trabajo?  
(If no, go to question 14)  
(NO, Siga a la pregunta 14)

Yes  No  
 Si  No

(b) If yes, are dirty work clothes brought home?  
Trae a la casa la ropa sucia del

Yes  No  
 Si  No

---

trabajo?

- (c) If they are brought home, who handles dirty work clothes and where are they placed and cleaned?  
Si trae la ropa sucia a la casa, quien se encarga de la ropa sucia, donde la pone y donde la lavan?

---

---

14. (a) Do you have pets?  Yes  No  
Tienen mascotas?  Si  No

- (b) If yes, do these pets go outdoors?  
SI, salen fuera de la casa?

---

### Building Renovations

#### Renovaciones del Edificio

15. (a) Were any building renovations or repainting done here during the past year?  Yes  No  
Hubo alguna renovación o reparación en el edificio durante el año?  Si  No

- (b) If yes, what work was done, and where?

---

SI, que trabajo se llevo a cabo, y donde?

---

- (c) Were carpets, furniture and/or family belongings present in the work areas?  Yes  No  
Había tapetes, muebles, o efectos personales de la familia en las áreas de trabajo?  Si  No

- (d) If yes, which items and where were they?

SI, que cosas y donde estaban?

---

- (e) Was construction debris stored in the yard?  Yes  No  
Fueron los desechos/escombros de la construcción almacenados en el patio/jardín?  Si  No

(f) If yes, please describe what, where and how it was stored

**SI**, por favor describa que, donde y como fueron almacenados

---

16. (a) Are you conducting or planning any building renovations?

Yes  No  
 Si  No

Está planeando llevar a cabo alguna renovación en el edificio?

(b) If yes, what work will be done, and when?

**SI**, qué clase de trabajo se llevará a cabo, y donde?

---



**SAN DIEGO LEAD SAFETY COLLABORATIVE**  
**Formulario de Evaluación**

PROJECT SR#: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ (mo./day/year)

Name: \_\_\_\_\_

Project Address: \_\_\_\_\_

**SECCION A. GENERAL: SEGURIDAD Y SALUD DE LA CASA**

1. Fuera del dormitorio del niño, en que otros cuartos pasan los niños la mayoría de su tiempo?	
2. Si sabe, Identifique lugares donde hayan escalas quebradas o agrietadas (Exterior o Interior)	
3. Cuanta basura, desechos, desperdicios hay en las calles, callejones, lotes vacios, aceras, propiedades cercanas de donde vive?	
<input type="checkbox"/> Nada <input type="checkbox"/> Poca Acumulación <input type="checkbox"/> Mucha Acumulación	
4. Si sabe, describa cualquier olor(es) ocasionales o constantes en su casa y de donde cree que se originen	
5. Todas las puertas, ventanas, cajones y gabinetes abren y cierran apropiadamente?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
6. Si dijo no, por favor explique cualquier problema	
7. Tiene problemas al abrir las ventanas?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
8. Describa cualquier otro problema que tenga con las ventanas y las tuercas de seguridad	

9. Liste cualquier problema con las barandas de los balcones y las de las escalas.	
10. Hay problemas que puedan causar que una persona se resbale y se caiga en los baños?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
11. Que tanto crimen hay esta área?	
<input type="checkbox"/> Muy poco <input type="checkbox"/> Moderado <input type="checkbox"/> Excesivo	
12. Tiene un sistema de alarma de antirrobo?	
<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si, Pero hay problemas con ella	
13. Es la luz en el exterior adecuada para que se sientan seguros de intrusos?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
14. Vive en un área ruidosa?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
15. Bloquea su casa adecuadamente los ruidos de afuera?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
16. Por favor explique si algunos de esos ruidos hacen el medio ambiente desagradable,	

**SECCION B. HUMEDAD/MOHO**

17. Si sabe, identifique los lugares donde halla fugas en el techo, paredes, ventanas o puertas	
18. Si sabe, identifique los lugares donde halla algún moho, mildéu, y/o algo como polvo gris/negro	
19. Identifique y describa los cuartos que se sienten excesivamente húmedos	

20. La plomería o el equipo hace ruidos frecuentes y raros?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
21. Si dijo si, por favor describa el problema		
22. Tiene problemas con el agua y el caudal de las lluvias en exterior de la casa?		
<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No se
23. Si dijo si, por favor describa el problema		
24. Sus sanitarios funcionan, sueltan y drenan apropiadamente?		
<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	
25. Describa los problemas con sus sanitarios		
26. Hay algún daño o defecto en los lavamanos o las duchas?		
<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	
27. Sabe si hay alguna fuga en las <b>instalaciones (canillas, tubos etc.)</b> de los baños o/y o la cocina?		
<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	
28. Las fuentes del agua caliente y del agua fría funcionan?		
<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	
29. Considera que el agua caliente es demasiada caliente?		
<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	
30. Los lavamanos y las duchas drenan apropiadamente?		
<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	
31. Describa más detalladamente cualquier problema que halla con las <b>instalaciones (canillas, tubos etc.)</b> de los <b>baños (sanitarios, lavamanos, duchas etc.)</b> de las cuales se hizo referencia anteriormente y el lugar		
32. Su lavadora de ropa drena el agua apropiadamente?		
<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	
33. Considera que el agua caliente Su lavadora de ropa es demasiada caliente?		
<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	
34. Huele algún mal olor que se origine de su plomería?		
<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	
35. Describa más detalladamente algún problema referenciado anteriormente		

36. Ha tenido algún problema con el suministro del agua o su calidad?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
37. Ha tenido interrupciones en el flujo del agua?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
38. Si dijo si, con que frecuencia?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
39. Describa más detalladamente cualquier problema con el suministro y la calidad del agua	

<b>SECCION C. PLAGAS</b>					
40. Si sabe si tiene alguno de los siguientes problemas marque la columna que mejor lo describe					
	No se	Ningún	Hay Veces	Común	Muy Malo
Ratones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ratas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cucarachas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Chinches de Camas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pulgas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
41. Alguna vez ha utilizado atomizadores, aerosol y/o foggers para matar los insectos?					
<input type="checkbox"/> Si		<input type="checkbox"/> No		<input type="checkbox"/> No se	
42. Que tan común?					
43. Describa si sabe de algún hueco o grieta en los pisos, paredes o techos					

<b>SECCION D. ASTMA: FACTORES QUE LO PROVOCAN/ALERGENOS</b>	
44. Marque esta cajilla si alguien en su familia tiene asma, alergias o problemas respiratorios	<input type="checkbox"/>
45. Marque esta cajilla si esas personas utilizan cubiertas de colchones y almohadas hipo-alérgicas	<input type="checkbox"/>
46. Marque esta cajilla si los tendidos de la cama siempre se lavan con agua caliente	<input type="checkbox"/>
47. Cada cuanto se lavan los tendidos de la cama?	
<input type="checkbox"/> Cada semana <input type="checkbox"/> Cada 2 semanas <input type="checkbox"/> Cada 3 semanas <input type="checkbox"/> Cada 4 semanas <input type="checkbox"/> > de 4 semanas	

## SECCION E. CALEFACCION, VENTILACION AND AIRE ACONDICIONADO

48. Seleccione el tipo de calefacción en esta casa

- Ningún     
  Central     
  Eléctrico     
  Gas     
  No se

49. Cuanto mantenimiento le da usted mismo a sus sistemas de calefacción y aire acondicionado?

- Ninguno     
  limpio la ventilación una vez al año     
  Rutinariamente limpio la ventilación     
  Rutinariamente limpio la ventilación los filtros, y el recogedor de agua

50. Su casa se siente tan fría que es incómoda, y/o tan caliente que es incómoda, o siente vientos?

- Si     
  No

51. Si dijo si, describa el problema incluyendo los lugares

52. El sistema de calefacción funciona?

- No     
  Si     
  Si, pero no lo suficiente     
  Si, pero no lo usamos

53. Hay cuartos o áreas donde hay más problemas con la calefacción que en otros?

- Si     
  No

54. Si dijo si, describa el o los lugares del problema

55. Tiene algún problema con el termostato o los controles de la calefacción?

- Si     
  No

56. Si dijo si, describa el o los lugares del problema

57. Utiliza calentadores portables y/o o la estufa de gas o propano para calentar su casa?

- Si     
  No

58. Si dijo si, describa con más detalle

59. Utiliza algún calentador portable eléctrico para calentar su casa?

- Si     
  No

60. Si dijo si, son estos calentadores suficientes para mantener adecuadamente caliente la casa?

- Si     
  No

61. Esta su ático aislado?

<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No se
-----------------------------	-----------------------------	--------------------------------

62. Tienen sus paredes aislamiento?

<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No se
-----------------------------	-----------------------------	--------------------------------

63. Esta su aislamiento mojado o dañado?

<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No se
-----------------------------	-----------------------------	--------------------------------

64. Tiene aire acondicionado?

<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> Si, pero no funciona muy bien	<input type="checkbox"/> Si, pero no funciona	<input type="checkbox"/> Si, pero no lo usamos	<input type="checkbox"/> No
-----------------------------	--	---	--	-----------------------------

65. Están todos los cuartos bien ventilados?

<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No se
-----------------------------	-----------------------------	--------------------------------

66. Esta el ático bien ventilado?

<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No se
-----------------------------	-----------------------------	--------------------------------

67. Hay algún problema para controlar la ventilación?

<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No se
-----------------------------	-----------------------------	--------------------------------

68. Sus aparatos domésticos de gas (fogón/estufa, horno, secadora, calentador de agua) funcionan?

<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No se
-----------------------------	-----------------------------	--------------------------------

69. Describa algún problema que tenga los aparatos domésticos de gas

--

70. Tiene algún problema con otros aparatos domésticos o sistemas que no son de gas? (Lavadora / Secadora / Calefacción / Fogón o Estufa / Campana de Ventilación Aspirante de Olores de la Estufa / Refrigerador )	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
---	-----------------------------	-----------------------------

71. Si dijo si, describa el problema(s)

--

**SECTION F. ELECTRICIDAD**

72. Describa si hay algún alambre eléctrico o sistema de alambres eléctricos expuestos o dañados?

--

73. Describa si sabe si hay algún componente eléctrico anticuado o algún otro problema con la electricidad como chispeando o que la luz este oscilando?

74. Todos los interruptores (switches) y tomas (outlets) eléctricas funcionan?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
75. No!, describa los lugares	

<b>SECCION G. INCENDIO</b>		
85. Tiene su casa detectores de humo que funcionan?		
<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No se
86. Tiene su casa detectores de monóxido de carbón que funcionan?		
<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No se
87. Tiene su casa un extinguidor de fuego que funciona?		
<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No se
88. Sabe donde está el extinguidor de fuego en su edificio?		
<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No se