

# Iowa City

## Solicitud para Hogares Saludables

---



A través del programa Hogares Saludables de Iowa City, los hogares con un miembro(s) con diagnóstico de trastorno pulmonar como asma o EPOC pueden calificar para recibir hasta \$7500 en asistencia para reparaciones en el hogar para tratar los desencadenantes del asma. Las familias con miembro(s) de menor de edad con asma recibirán una visita al hogar para proveer educación de salud para poder autogestionar los síntomas del asma.

El programa Hogares Saludables es una asociación entre el Colegio de Enfermería de la Universidad de Iowa, el personal de Rehabilitación de Viviendas de la ciudad, la Clínica Médica Gratis de Iowa City y el Distrito Escolar Comunitario de Iowa City.

Usted puede calificar en este programa si un miembro(s) en el hogar sufre de un trastorno pulmonar. Se dará preferencia a los hogares con miembro(s) menores de edad que sufren de asma. Para calificar para las reparaciones en el hogar, su ingreso familiar no puede exceder el 80% del ingreso mediano del área por tamaño del hogar.

<b>Tamaño del hogar</b>	<b>80% de la renta mediana</b>
1	\$55,850
2	\$63,800
3	\$71,800
4	\$79,750
5	\$86,150
6	\$92,550

6/01/2021

Reparaciones al hogar serán completamente basadas a la evaluación del interior del hogar y será limitado para mejorar la calidad del aire interior. Antes de hacer reparaciones a hogares en alquiler, el dueño de la propiedad debe de aceptar las reparaciones e ingresar en un acuerdo con la ciudad. El acuerdo requiere que la renta no aumentara por dos años y el dueño debe continuar alquilando el hogar en buena fe. Ningún reembolso es necesario si el propietario cumple con el acuerdo. En hogares prefabricadas (casas móviles/tráila), el propietario debe tener el título del hogar. Si usted es dueño de su casa, debe vivir en la propiedad por dos años después de las reparaciones. Ningún reembolso es necesario si el propietario cumple con el acuerdo.

# Iowa City Solicitud para Hogares Saludables



CITY OF IOWA CITY

Nombre del solicitante: \_\_\_\_\_

(miembro que sufre un trastorno pulmonar)

Fecha de nacimiento del solicitante: \_\_\_\_\_

Dirección de la casa: \_\_\_\_\_

Mejor número de contacto: \_\_\_\_\_

Correo electrónico del solicitante o padre/guardián primario:

\_\_\_\_\_

Traductor necesario: (por favor marque) Sí No

Si el solicitante es menor de edad, nombre completo del padre/guardián primario:

\_\_\_\_\_

Número de personas en el hogar: \_\_\_\_\_

Ingreso anual del hogar: \$ \_\_\_\_\_

## Información General

---

¿Alquilas tu casa? Sí No

En caso afirmativo, ¿Quién es su propietario?: \_\_\_\_\_

Dirección del propietario: \_\_\_\_\_

Si usted vive en una casa prefabricada (casa móvil/tráila), ¿tiene el título?

Sí No No aplica

**Documentación Necesario:** los siguientes 3 artículos deben ser entregados con su solicitud:

- Los últimos 3 recibos de sueldo o llenar el formulario de verificación de empleo; o llenar el formulario de desempleo
- Una copia reciente de su estado de cuenta bancaria
- Si hay bienes menos de \$5,000, llene y firme el formulario de certificación de bienes.

*(Antes de completar cualquier trabajo de rehabilitación, el hogar debe presentar la documentación del ingreso del hogar. Usted no necesita ingreso de calificación para la visita de salud en el hogar)*

¿Tiene un plan de acción para el asma/EPOC o una comprensión de cómo mantener su asma/EPOC? Sí No

¿El solicitante ha sido alérgicamente diagnosticado? Sí No

¿Tiene fumadores en su casa? Sí No

¿Tiene mascotas en su casa? Sí No

¿Tiene carpeta en su casa? Sí No

¿Tiene un médico de atención primaria? Sí No

En caso afirmativo, ¿Quién es su médico primario?

### **Autorización para obtener información:**

¿Le da permiso a la Universidad de Iowa Colegio de Enfermería (University of Iowa College of Nursing) para ponerse en contacto con su médico de atención primaria o con la Clínica Escolar de Niños Saludables (Healthy Kids School-Based Clinic)? Sí No

En caso afirmativo: Autorizo a la facultad de enfermería a obtener información médica de:

\_\_\_\_\_

nombre de la persona/organización receptora

\_\_\_\_\_

dirección

\_\_\_\_\_

ciudad, estado, código postal

\*archivos de los últimos cinco años\*

**Información que se publicara.** Marque todo lo que corresponda.

toda la información  todas las notas de progreso  informes de laboratorio  informes de rayos x

electrocardiograma (ECG)  registros de alergia

registros de inmunización

otro: \_\_\_\_\_

Entiendo que esta autorización será válida por un año. Entiendo que puedo revocar este consentimiento en cualquier momento, excepto en la medida en que se hayan tomado medidas.

Firma del solicitante (si tiene más de 18 años de edad): \_\_\_\_\_

Firma de padre/guardián primario: \_\_\_\_\_

**Devuelva la solicitud a:**

**Neighborhood Services, 410 E. Washington St., Iowa City, IA 52240. Para preguntas, llame 319.356.5230 o envíe correo electrónico a [neighborhoods@iowa-city.org](mailto:neighborhoods@iowa-city.org).**