



Washington County Oregon

Solicitud para el Programa de Asistencia Séptica en el Sitio

Nombre del solicitante principal Fecha de nacimiento (del principal)

Nombre del solicitante secundario Fecha de nacimiento (del secundario)

Dirección Ciudad Estado Código postal

Teléfono Teléfono alternativo Correo electrónico

Número de residentes en el hogar Grupo de ingresos Por debajo del 80% IFM
 Por encima del 80% IFM

Me gustaría:

- Realizar una conexión a la línea de alcantarillado existente
- Reparar/reemplazar el tanque séptico existente (solo disponible para solicitantes con menos del 80 % de IFM)

Esta información no se utiliza para determinar la elegibilidad:

Etnicidad: Hispano No hispano

Raza

- Indígena americano/nativo de Alaska
- Asiático
- Raza negra/afroamericano
- Nativo hawaiano/otro isleño del Pacífico
- Blanco
- Indígena americano/nativo de Alaska y blanco
- Asiático y blanco
- Raza negra/afroamericano y blanco
- Indígena americano/nativo de Alaska y raza negra/afroamericano
- Otras combinaciones de razas múltiples no especificadas

Ingreso Familiar Medio (IFM) bruto según lo determinado por HUD para 2023-2024	
# en el hogar	80% de IFM
1	\$63,150
2	\$72,200
3	\$81,200
4	\$90,200
5	\$97,450
6	\$104,650
7	\$111,850
8	\$119,100

Al ingresar mi nombre a continuación, certifico (certificamos) que las declaraciones proporcionadas en esta solicitud son verdaderas con el fin de elegibilidad para el Programa de Reemplazo de Fosas Sépticas en el Sitio del Condado de Washington. La dirección de la vivienda proporcionada anteriormente es de mi residencia actual y tengo la intención de seguir ocupándola. Autorizo (autorizamos) al Condado de Washington a contactar y obtener, de cualquier fuente, la verificación de la información proporcionada. El abajo firmante entiende que la elegibilidad de ingresos, ni la fecha de solicitud, no garantiza la disponibilidad de fondos. El proceso y los plazos del programa aún se aplican.

Si se aprueba mi solicitud, yo, en mi nombre, mis herederos y cesionarios acepto defender, indemnizar y eximir de responsabilidad al Condado de Washington, sus agentes, funcionarios, funcionarios electos y empleados de y contra todo reclamo, demanda y juicio (incluyendo honorarios de abogados) hechos o resarcidos en su contra, incluyendo, entre otros, daños a propiedades reales o tangibles o por lesiones corporales o muerte de cualquier persona, que surjan de o en relación con productos o servicios recibidos a través del Programa de Reemplazo de Fosas Sépticas en el Sitio, incluyendo, entre otros, sin limitarse a daños, lesiones o muerte causados o sostenidos en relación con el desempeño negligente o mala conducta deliberada de cualquier contratista, o sus empleados, agentes o subcontratistas.

Firma del solicitante principal Firma del solicitante secundario Fecha

Favor de enviar el formulario completado por correo electrónico a cdbg@washingtongov.org.