**PROGRAMA CDBG-DR/MIT**

**FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN A TERCEROS**

**PARA PAGOS DE ASISTENCIA DE REUBICACIÓN**

Yo, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_­­\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, con número de caso \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 *(Nombre de Solicitante o Co-solicitante) (N.º de caso programa o URA)*

autorizo al tercero nombrado a continuación para que, en mi representación, efectúe los pagos aquí descritos, utilizando los fondos de asistencia para reubicación que se me han otorgado, con el fin de facilitar mi reubicación de la propiedad dañada ubicada en:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

*(dirección de la propiedad dañada)*

|  |
| --- |
| **Información del tercero** (*Debe completar todos los campos aplicables)* |
| **Nombre del tercero**  |  | **Teléfono** |  |
| **Patrono del tercero** *(Entidad, agencia, Individuo))* |  | **Teléfono** |  |
| **Dirección Postal** |  | **E-mail** |  |
|  |
| **Dirección Física** |  |  |  |
|  |

Complete la siguiente tabla. Incluya sus iniciales para cada tipo de pago que, en su representación, el tercero está autorizado a efectuar durante la vigencia de este Formulario de Autorización a Terceros.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| *Tipo de Pago* | *Iniciales para autorizar este tipo de pago* | *Beneficiario Autorizado**(persona o negocio a pagar)* | *Frecuencia de pago (mensual, un solo pago, etc.)* |
| Pago De Asistencia Para El Alquiler |  |  |  |
| Asistencia con el Depósito de Seguridad |  |  |  |
| Costos de Mudanza |  |  |  |
| Costos de almacenamiento |  |  |  |
| Honorarios del corredor |  |  |  |

Al firmar a continuación, permito, consiento y autorizo explícitamente al tercero mencionado en este Formulario de Autorización a realizar pagos directos, en mi representación, con el único propósito de facilitar mi reubicación de la propiedad dañada en la dirección establecida anteriormente. Reconozco que esto no le da permiso, al tercero autorizado, para subrogar mis derechos a recibir los fondos para asistencia de reubicación o los beneficios que me ha otorgado el Programa financiado por el gobierno federal.

Al autorizar que el tercero nombrado, anteriormente, realice pagos en representación mía, entiendo que todas las obligaciones y requisitos establecidos por el (Nombre del Subrecipiente/ Nombre de la Agencia) son y seguirán siendo mi absoluta responsabilidad y no se transferirán al tercero.

Por consiguiente:

* Reconozco que en el caso de que el tercero se retrase en el pago o el pago no se realice en representación mía, esto puede afectar mi elegibilidad para recibir la asistencia otorgada por el (Nombre del Subrecipiente/ Nombre de la Agencia)**.**
* En la medida que las leyes aplicables lo permitan, relevo al Departamento de la Vivienda (Vivienda), el (Nombre del Subrecipiente/ Nombre de la Agencia), sus empleados, personas designadas, agentes y/o representantes de toda responsabilidad por los daños, de cualquier tipo de naturaleza, que pueda sufrir o me sean causados, así como de los costos o gastos en los que me vea obligado a incurrir a los fines de cumplir con los requisitos del Programa y/o en mis intentos de cumplimiento con los requisitos del Programa.
* Afirmo y entiendo que se me ha informado las penalidades por hacer declaraciones materialmente falsas o engañosas con el fin de obtener fondos CDBG-DR/MIT bajo el (Nombre del Subrecipiente/ Nombre de la Agencia) o cualquier otro programa de Vivienda.

Esta autorización estará en vigor y en efecto hasta que se hayan completado las actividades de reubicación autorizadas anteriormente. En ese momento, esta autorización para realizar un pago en representación mía expira. Sin embargo, entiendo que tengo el derecho de revocar esta autorización en cualquier momento notificando a mi Manejador de Casos.

Al firmar a continuación, afirmo que he leído y entiendo este documento o que alguna persona me lo ha explicado a mi entera satisfacción. También acepto que firmo este documento sobre reconocimiento y consentimiento de forma libre y voluntaria.

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

 (*Firma del Solicitante o Co-Solicitante*) (Fecha)

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

 (*Nombre Impreso del Solicitante o Co-Solicitante*)