MDHHS-Заявка на послуги щодо свинцю
Поштова скринька 30195, 3-й поверх, Лансінг, штат Мічиган, США, 48909
Michigan.gov/MiLeadSafe
MDHHS-LeadApps@michigan.gov
Тел.: 517-335-9390 Факс: 517-284-9956

Заявка на послуги щодо свинцю

Послуги щодо свинцю можуть включати ресурси/послуги для виявлення, фіксації та зменшення впливу небезпечного впливу свинцю у фарбі, пилу, ґрунті та питній воді. **Для обробки всі частини заявки повинні бути заповнені.** Потрібна інформація як від орендаря, так і від власника нерухомості, що здається в оренду. **Якщо ви бажаєте отримати послугу в багатоквартирному будинку, усі мешканці повинні подати заявку.**

ЧАСТИНА I: ІНФОРМАЦІЯ ПРО ОБ'ЄКТ НЕРУХОМОСТІ, ЩО ПОТРЕБУЄ ПОСЛУГ ЩОДО СВИНЦЮ

Адреса нерухомості:	Квартира №:

Місто:	Штат:	Поштовий індекс:	Округ:	Кількість квартир в будівлі:

Ця нерухомість: Зайнята власником; Здається в оренду; За договором на землю; Вільна

На цій нерухомості наразі є: Водопостачання; Електроенергія; Опалення; Протікання даху; Протікання даху у минулому

Змішувач для кухні виглядає наступним чином:

Змішувач з розпилювальною головкою

Змішувач/без розпилювача

Звідки надходить вода у помешкання: Приватна свердловина; Комунальне водопостачання; Невідомо

Всі мешканці, які проживають у будинку/об'єкті нерухомості потребують послуг щодо свинцю

Прізвище та ім'я	Дата народження	Номер бенефіціара Medicaid	Чи має ця людина рівень свинцю в крові 3,5 або вище?	Чи вагітна ця людина?
	/ /		Так Ні Не перевірено	Так Ні
	/ /		Так Ні Не перевірено	Так Ні
	/ /		Так Ні Не перевірено	Так Ні
	/ /		Так Ні Не перевірено	Так Ні
	/ /		Так Ні Не перевірено	Так Ні
	/ /		Так Ні Не перевірено	Так Ні
	/ /		Так Ні Не перевірено	Так Ні
	/ /		Так Ні Не перевірено	Так Ні
	/ /		Так Ні Не перевірено	Так Ні

Чи дитина у віці до шести років перебуває у будинку понад дві години на день? Так Ні

ЧАСТИНА II: ІНФОРМАЦІЯ ПРО ВЛАСНИКА ОРЕНДОВАНОГО МАЙНА

Послуга з пошуку нерухомості не є орендою. Перейдіть до частини III.

Ім'я власника нерухомості:	Компанія, що займається орендою нерухомості:

Фізична адреса:	Офіс/будівля:

Місто:	Штат:	Поштовий індекс:	Округ:

ЧАСТИНА III: ПІДПИС

Своїм підписом я (орендар і власник нерухомості) дозволяю MDHHS провести розслідування щодо цього об'єкта нерухомості. Я/ми даю/даємо згоду повністю співпрацювати в роботі з контролю за потенційною небезпекою свинцю. Я/ми розумію/розуміємо, що я/ми мушу/мусимо розкрити результати дій щодо свинцю потенційним орендарям або покупцям цього майна. Я/ми розумію/розуміємо, що MDHHS не несе відповідальності за незастраховане майно або за будь-які збитки, включно з крадіжкою та пожежею, завдані нерухомому чи особистому майну. Я/ми уповноважую/уповноважуємо MDHHS отримувати результати лабораторних аналізів на вміст свинцю в крові через Реєстр удосконалення медичної допомоги штату Мічиган. Я/ми погоджуюся/погоджуємося, що MDHHS надаватиме ці результати в приватному порядку уповноваженим представникам програми. Я/ми даю/даємо дозвіл на використання інформації, отриманої з цієї заявки, для проведення наукових досліджень. Я/ми розумію/розуміємо, що в дослідженнях не буде використана моя особиста медична інформація. Мої/наші відповіді на всі запитання були правдивими в міру моїх/наших знань. Я/ми розумію/розуміємо, що за неправдиві або фальшиві заяви передбачено покарання. Це покарання міститься в Розділі 18 Зводу законів США, розділ 1001. У ньому сказано: «Особа, яка свідомо фальсифікує, або робить, або використовує будь-які фальшиві записи чи документи, знаючи, що вони містять будь-яку неправдиву, фіктивну або шахрайську заяву чи запис, в будь-якому питанні, що перебуває під юрисдикцією будь-якого відділу або агентства Сполучених Штатів, підлягає штрафу в розмірі до 10 000 доларів або тюремному ув'язненню на строк до п'яти років, або і тому, і іншому.» Я/ми розумію/розуміємо, що для обробки необхідний(-і) підпис(и).

	Власник нерухомості	Орендар (за наявності)
Ім'я		
Підпис		
Дата підпису		
Бажаний спосіб зв'язку	Телефонний дзвінок Текстове повідомлення Електронна пошта	Телефонний дзвінок Текстове повідомлення Електронна пошта
Номер телефону		
Адреса електронної пошти		
Звідки ви дізналися про цю програму?		
Інші контактні дані	У мене інша поштова адреса.	У мене інша поштова адреса.
Бажана мова		

Тільки для службового користування MDHHS						
Номер заявки:						
Дата відмови:						
Причина відмови:						
	Дата	*Ініціали*	***Дата***	***Ініціали***	*Дата*	*Ініціали*
Заявка ОБРОБЛЕНА для зарахування:						
Заявка СХВАЛЕНА до зарахування:						