

**Declaración de finalización de la sesión informativa de CoC Mod SRO: Patrocinador del proyecto**

Yo, (nombre del empleado: \_\_\_\_\_), siendo empleado de (nombre del patrocinador del proyecto<sup>1</sup>: \_\_\_\_\_), por la presente afirmo y declaro:

1. Que a (nombre del inquilino/solicitante: \_\_\_\_\_) se le informó de los requisitos del programa Rehabilitación Moderada de Una Sola Habitación del programa Cuidado Continuo (CoC Mod SRO). Esta sesión informativa tuvo lugar el (fecha de la sesión informativa: \_\_\_\_\_) e incluyó:
  - a. una presentación describiendo las responsabilidades del programa,
  - b. el formulario "Cosas que debe saber" ("Things You Should Know"),
  - c. el documento informativo del programa CoC Mod SRO,
  - d. contactos y recursos apropiados para hacer más preguntas sobre el programa CoC Mod SRO:
    - i. Número de teléfono: (212) 863 - 8320
    - ii Fax: 212-863-8828
    - iii. Email: [PBV@hpd.nyc.gov](mailto:PBV@hpd.nyc.gov)
2. Que el inquilino revisó todos los materiales informativos dados.
3. Que mi información de contacto se da abajo.

---

FIRMA	NOMBRE EN LETRA DE MOLDE	TÍTULO	FECHA
-------	--------------------------	--------	-------

<b><u>Información de contacto del patrocinador del proyecto</u></b>			
Nombre y título del empleado: _____		Número de teléfono: _____	
Dirección de email: _____			
Nombre de la organización del patrocinador: _____			

<sup>1</sup> Un Patrocinador del proyecto puede ser un propietario, administrador de propiedad o proveedor de servicios de apoyo.



**Declaración de finalización de la sesión informativa de CoC Mod SRO: Solicitante del proyecto**

Yo, (nombre del inquilino/solicitante: \_\_\_\_\_), por la presente afirmo y declaro:

1. Que se me informó de los requisitos del programa Rehabilitación Moderada de Una Sola Habitación del programa Cuidado Continuo (CoC Mod SRO). Esta sesión informativa tuvo lugar el (fecha de la sesión informativa: \_\_\_\_\_) e incluyó:
  - a. una presentación describiendo las responsabilidades del programa,
  - b. el formulario “Cosas que debe saber” (“Things you should know”),
  - c. el documento informativo del programa CoC Mod SRO,
  - d. contactos y recursos apropiados para hacer más preguntas sobre el programa CoC Mod SRO:
    - i. Número de teléfono: (212) 863 - 8320
    - ii Fax: 212-863-8828
    - iii. Email: [PBV@hpd.nyc.gov](mailto:PBV@hpd.nyc.gov)
2. Que revisé todos los materiales informativos dados.

---

FIRMA	NOMBRE EN LETRA DE MOLDE	FECHA DE NACIMIENTO	FECHA
-------	--------------------------	---------------------	-------

**¿Tiene una dirección de email? ¿Le gustaría que lo contacten por email? Si es así, dé su email abajo.**

Dirección de email: \_\_\_\_\_

*Nota: dar su dirección de email es **opcional**. Si no da su dirección de email pero firma, escriba su nombre en letra de molde y escriba la fecha en la línea de firma de arriba, su documento de certificación se considerará completo.*

