

ASESORAMIENTO LEGAL

Solicitud de Dispensa Municipios "Non-Entitlement"

Fecha

Información Contacto del Solicitante

Municipio Solicitante			
Nombre de Empleado que genera la Solicitud			
Puesto			
Dirección Postal			
Correo Electrónico			
Tel.	<input type="text"/>	Extensión:	<input type="text"/>
		Fax:	<input type="text"/>

Beneficiario

Persona a recibir beneficio	<input type="checkbox"/> Empleado	<input type="checkbox"/> Pariente de Empleado
	<input type="checkbox"/> Contratista	<input type="checkbox"/> Pariente de Contratista
	<input type="checkbox"/> Suplidor	<input type="checkbox"/> Pariente de Suplidor
	<input type="checkbox"/> Consultor	<input type="checkbox"/> Pariente de Consultor
Nombre del Beneficiario		
Si el Beneficiario es un Pariente, indicar el Nombre del Empleado, Contratista, Suplidor o Consultor		
Si el Beneficiario es un Pariente, indicar el Parentesco con el Empleado, Contratista, Suplidor o Consultor		
Beneficio y/o cuantía a ser recibida por el Beneficiario		
Programa que sufraga el beneficio	<input type="checkbox"/> CDBG	<input type="checkbox"/> NSP
		Año <input type="text"/>
Beneficiario ha recibido anteriormente beneficio de cualquier Programa o Actividad sufragada con Fondos CDBG o NSP	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
De ser el Beneficiario un Pariente, indicar si otros Parientes del Empleado, Contratista, Suplidor o Consultor han recibido beneficios de cualquier Programa o Actividad sufragada con Fondos CDBG o NSP	<input type="checkbox"/> Sí	Cuántos Parientes _____
	<input type="checkbox"/> No	

DOCUMENTOS REQUERIDOS CON LA SOLICITUD

Certificación del Municipio que exprese si se le ha otorgado trato preferente o distinto al empleado o su pariente, para la otorgación del beneficio o contrato a ser sufragado con los fondos CDBG o programa relacionado.	<input type="checkbox"/>
Certificación suscrita por el(la) Alcalde(sa) o Director(a) de Programas Federales, de que se publicó un aviso en el tablón de edictos del Municipio o cualquier otro medio de comunicación accesible a la ciudadanía en general, notificando la intención de adjudicar fondos del Programa al empleado público (nombre) o su pariente, incluyendo su nombre completo y concediendo un término razonable para expresarse sobre un posible conflicto de interés (no menor de 10 días laborables). Debe acompañar copia del aviso público y de los comentarios recibidos por la ciudadanía, de estos estar disponibles. De no haber recibido comentarios, lo deberá certificar por escrito.	<input type="checkbox"/>
Certificación suscrita por el(la) Director(a) de Programas Federales, de que el empleado público o su pariente cualifica para la asistencia solicitada para ser beneficiario de cualquier Programa o Actividad sufragada con Fondos CDBG o programa relacionado, según sus ingresos y los requisitos del Programa.	<input type="checkbox"/>
Certificación de que no existe lista de espera para obtener los beneficios del Programa, y de existir, el municipio debe certificar que el solicitante del beneficio hizo el turno correspondiente.	<input type="checkbox"/>
Evidencia documentada de la publicidad que le dio el Municipio a la ciudadanía sobre disponibilidad de Fondos del Programa o Actividad sufragada con Fondos CDBG o programa relacionado.	<input type="checkbox"/>
Certificación de un funcionario autorizado que indique si el empleado participa directa o indirectamente en cualquier función relacionada al Programa Federal del cual solicita beneficio o contrato; de haber participación, incluir explicación detallada de las funciones que realiza respecto al programa federal.	<input type="checkbox"/>
Hoja de deberes del Empleado Municipal que tiene el conflicto	<input type="checkbox"/>

La solicitud no será evaluada hasta que se remitan todos los documentos requeridos con la solicitud.

Una vez evaluada la solicitud, nuestra Oficina podrá solicitar documentos adicionales a los provistos.