## [Enter a neutral provider and/or housing assistance program/fund name]

Ley de violencia contra las mujeres (VAWA): Formulario de Certificación

*A pesar del nombre de esta ley, la protección de la VAWA es válida sin importar el sexo, la identidad de género o la orientación sexual. Los proveedores de vivienda no pueden discriminar con base en ninguna de las características protegidas, incluidas la raza, el color, el origen nacional, la religión, el sexo, el estatus familiar, la discapacidad, o la edad. La vivienda tanto asistida como asegurada por el HUD debe estar al alcance de todos los individuos que por lo demás sean elegibles, sin importar la orientación sexual real o percibida, la identidad de género o el estado civil.*

**El propósito de este formulario**

La ley de violencia contra las mujeres (VAWA) protege a los solicitantes, beneficiarios y participantes de programa en ciertos programas del HUD, de que sean desalojados, se les niegue la ayuda para una vivienda, o se les suspenda la ayuda para una vivienda con base en actos de violencia doméstica, violencia entre parejas, agresión sexual, o acoso, que se hayan llevado a cabo contra ellos. A pesar del nombre de esta ley, la protección de la VAWA es válida para los supervivientes de violencia doméstica, violencia entre parejas, agresión sexual, y acoso, sin importar el sexo, la identidad de género ni la orientación sexual.

**Uso de este formulario opcional**

Si usted busca recibir protección de la VAWA por parte del propietario o de [Enter a neutral provider and/or housing assistance program/fund name] (programa “Program”), el propietario o el Programa pueden entregarle a usted una solicitud por escrito en la que le pidan que presente la documentación acerca del incidente o incidentes de violencia doméstica, violencia entre parejas, agresión sexual, o acoso ocurridos. En respuesta a esta solicitud, usted o alguien en su nombre puede rellenar este formulario opcional y presentarlo al propietario o al Programa, o bien puede presentar uno de los siguientes tipos de documentación de terceros:

1. Un documento firmado por usted y un empleado, un agente o voluntario de un proveedor de servicios a supervivientes, un abogado, o un profesional de la medicina, o profesional de la salud mental (colectivamente denominados “el profesional”) de quien usted haya buscado ayuda relacionada con la violencia doméstica, violencia entre parejas, agresión sexual, o acoso, o con los efectos de un abuso. El documento debe especificar, bajo pena de perjurio, que el profesional cree que el incidente o incidentes de violencia doméstica, violencia entre parejas, agresión sexual, o acoso efectivamente ocurrió y se ajusta a la definición de “violencia doméstica”, “violencia entre parejas”, “agresión sexual”, o “acoso” establecida en el Título 24 CFR 5.2003 de las regulaciones del HUD.
2. Un documento de una agencia del orden público, tribunal, o agencia administrativa federal, estatal, tribal, territorial o local; o
3. A criterio del propietario o del Programa, una declaración u otra prueba proporcionada por el solicitante o beneficiario.

**Presentación de la documentación**

El plazo de tiempo para presentar la documentación es de 14 días laborables a partir de la fecha en que usted reciba una solicitud por escrito del propietario o del Programa pidiéndole a usted que proporcione la documentación como prueba de que ocurrió el hecho de violencia doméstica, violencia entre parejas, agresión sexual, o acoso. El propietario o el Programa podrían, aunque no es obligatorio, extender el plazo de tiempo para presentar la documentación, si usted solicita una extensión del plazo de tiempo. Si la información solicitada no se ha recibido dentro de un plazo de 14 días laborables a partir de la fecha en que usted recibió la solicitud de la documentación, o de cualquier extensión de la fecha proporcionada por el propietario o por el Programa, el propietario o el Programa no tienen que concederle a usted ninguna de las protecciones de la VAWA. La distribución o emisión de este formulario no sirve como solicitud por escrito para la certificación.

**Confidencialidad**

Toda la información proporcionada al propietario o al Programa relacionada con el o los incidentes de violencia doméstica, violencia entre parejas, agresión sexual, o acoso se mantendrá como confidencial y tales detalles no serán ingresados en ninguna base de datos compartida. Los empleados del propietario o del Programa no pueden tener acceso a estos detalles a menos que sea para concederle o negarle a usted las protecciones de la VAWA, y esos empleados no podrán divulgar esta información a ninguna otra entidad o individuo, excepto en la medida en que esa divulgación haya sido:

1. Autorizada por escrito por usted en una declaración con límite de tiempo;
2. Requerida para su uso en un proceso de desalojo o una audiencia relacionada con la suspensión de la ayuda; o
3. Requerida por la ley correspondiente.

**Tiempo calculado para llenar el formulario público**

En promedio se calcula que el tiempo para esta recopilación de información en el formulario es de 1 hora por respuesta. Eso incluye el tiempo para recabar, revisar y comunicar los datos en el formulario. El propietario o el Programa usarán la información proporcionada para pedir la certificación de que el solicitante o beneficiario es un superviviente de violencia doméstica, violencia entre parejas, agresión sexual, o acoso. La información está sujeta a los requisitos de confidencialidad de la VAWA.

|  |
| --- |
| Certificación de violencia doméstica, violencia entre parejas, agresión sexual, o acoso |
| Formulario de la VAWA |
| Este formulario puede ser rellenado por el superviviente de violencia doméstica, violencia entre parejas, agresión sexual, o acoso, o por alguien en su nombre. |
|  |
| **Certificación** |
|  |
| 1 | Nombre del superviviente: |       |
|  |  |  |
|  |  |  |
| 2 | El nombre de usted (en caso de que sea distinto al nombre del superviviente): |       |
|  |  |  |
|  |  |  |
| 3 | Nombre del otro u otros miembros del hogar en el contrato de arrendamiento: |       |
|  |  |  |
|  |  |  |
| 4 | Fecha en que el superviviente recibió de parte del Programa la solicitud por escrito: |       |
|  |  |  |
|  |  |  |
| 5 | Domicilio físico del superviviente: |       |
|  |  |  |
|  |  |  |
| 6 | Nombre del perpetrador acusado (en caso de que se conozca y pueda divulgarse sin riesgo): |       |
|  |  |  |
|  |  |  |
| 7 | Relación del perpetrador acusado con el superviviente: |       |
|  |  |  |
|  |  |  |
| 8 | Fecha(s) y hora(s) del o los incidentes (si se conocen): |       |
|  |  |  |
|  |  |  |
| 9 | Lugar donde ocurrió el o los incidentes: |       |
|  |  |  |
|  |  |  |
| Describa brevemente el o los incidentes: |
|  |
|       |
|  |
|  |
| Certifico que la información proporcionada en este formulario es verídica y correcta según mi leal saber y entender, y que el individuo cuyo nombre aparece arriba en el Apartado 1 es o ha sido un superviviente de violencia doméstica, violencia entre parejas, agresión sexual, o acoso. Estoy enterado de que el hecho de proporcionar información falsa podría poner en riesgo la elegibilidad para el programa y podría ser la base para que se me niegue la admisión, o para la suspensión de la ayuda, o el desalojo. |
|  |  |  |  |
| Nombre delsuperviviente/representante: |       |  |  |
|  |  |  |  |
| Firma delsuperviviente/representante: |       | Fecha: |       |