Autorización del dueño para instalaciones de accesibilidad o adaptaciones en el hogar

Nombre del participante: _____

Dirección de la propiedad: _____

_____

Por la presente, reconozco y certifico lo siguiente:

Soy el dueño de la propiedad situada en la dirección indicada arriba.

Autorizo a PA Health & Wellness (PHW) a realizar cambios en la casa ubicada en la dirección indicada arriba.

Entiendo que PHW no volverá la casa al estado en el que se encontraba antes.

Si el arrendatario o participante fallece, entiendo que PHW finalizará la construcción de manera adecuada para garantizar la seguridad de las instalaciones. Si el arrendatario o participante ingresa en un hospital o centro de convalecencia, PHW terminará el trabajo contratado. PHW no quitará ningún trabajo ya realizado.

Como propietario, entiendo que no puedo aumentar la renta debido a los cambios.

Doy fe de que la propiedad está al día con todos los impuestos o planes de pago en vigor y no está en una ejecución hipotecaria.

Con mi firma a continuación, acepto los términos según se establecieron.

Dueño(s) de la propiedad: _____
(Incluya su cargo si es necesario, por ejemplo, el administrador de la propiedad)

Firma del/de los propietario(s):

Fecha

_____ _____