



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

Nombre del participante: _____

Dirección de la propiedad: _____

Dueño 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 a dejar 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 y/o planes de pago en vigor y no está en una ejecución hipotecaria.

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

Firma del dueño de la propiedad/representante autorizado

_____ **Fecha** _____

Dueño de la propiedad/representante autorizado (en letra de imprenta)
