



LOS ANGELES COUNTY

**CONSUMER & BUSINESS AFFAIRS**

Housing &amp; Tenant Protections

## FORMULARIO DE DIVULGACIÓN DEL PROPIETARIO PARA LA MUDANZA

### Completé y envíe este formulario a:

LOS ANGELES COUNTY  
DEPARTMENT OF CONSUMER AND BUSINESS AFFAIRS  
**RENT STABILIZATION PROGRAM**  
320 WEST TEMPLE STREET, ROOM G-10  
LOS ANGELES, CA 90012-2706

Correo Electrónico: [RSUEnforcement@dcbalacounty.gov](mailto:RSUEnforcement@dcbalacounty.gov) Fax: (213) 625-2031

De conformidad con la Ordenanza de Estabilización de Alquiler y Protecciones para Inquilinos del Condado de Los Ángeles (RSTPO) (Código del Condado de Los Ángeles (LACC), Sección 8.52.090(E)(1)(a)), un propietario que sea dueño de una unidad de alquiler total o parcialmente cubierta puede buscar de buena fe recuperar la posesión de dicha unidad de alquiler para el uso y ocupación del propietario o de un familiar elegible\* del propietario como su residencia principal. Los propietarios deben proporcionar al Departamento de Servicios para Consumidores y Negocios (DCBA) el nombre de la(s) persona(s) elegible(s) que ocupará(n) la unidad de alquiler y la relación de dicha(s) persona(s) con el propietario, no menos de sesenta (60) días antes de la fecha final de la tenencia.

\* *Miembros de la familia que son elegibles: los padres, hijos, abuelos, nietos, tíos mayores de sesenta y dos (62) años del propietario de su cónyuge/ relación de pareja doméstica registrada, u otra persona dependiente de la que el propietario (o su cónyuge/ relación de pareja doméstica registrada) tenga la tutela.*

### Instrucciones:

1. Complete las secciones 1 a 5.
2. Firme y feche (sección 6).
3. Envíe el formulario completo al Departamento de Servicios para Consumidores y Negocios (DCBA) Programa de Estabilización de Alquiler por correo, en personal, por fax, o correo electrónico.

### Sección 1: Información del Propietario

Nombre:		
# de Teléfono :	# de Teléfono Alternativo:	
Domicilio del Propietario:		
Ciudad	Estado	Código Postal
Correo Electrónico:		



LOS ANGELES COUNTY

# CONSUMER & BUSINESS AFFAIRS

Housing &amp; Tenant Protections

## Sección 2: Información sobre el/los Inquilino(s) Desplazados

Nombre del Inquilino:					
Número de Teléfono:			Correo Electrónico:		
Domicilio					Unidad
Ciudad			Estado		Código Postal
El Inquilino es:	<input type="checkbox"/> 62 años o más	<input type="checkbox"/> Discapacitado	<input type="checkbox"/> Tiene una Enfermedad Terminal	<input type="checkbox"/> De Bajos Recursos	<input type="checkbox"/> Menor de Edad

Nombre del Inquilino:					
Número de Teléfono:			Correo Electrónico:		
Domicilio					Unidad
Ciudad			Estado		Código Postal
El Inquilino es:	<input type="checkbox"/> 62 años o más	<input type="checkbox"/> Discapacitado	<input type="checkbox"/> Tiene una Enfermedad Terminal	<input type="checkbox"/> De Bajos Recursos	<input type="checkbox"/> Menor de Edad

Por favor, marque aquí si hay más inquilinos desplazados y añada anexos con la información de los inquilinos según sea necesario.



**Sección 3: Miembro(s) de la Familia que Cumple(n) los Requisitos de Desplazamiento de Inquilino(s) Existente(s)**

Nombre(s)	Relación con el Propietario/ Cónyuge / Relación de Pareja Domestica							El Individuo es:				
	Yo	Cónyuge	Pareja Domestica	Hijo (a)	Padre/Madre	Abuelo (a)	Nieto (a)	Tio (a) de 62 años o más	Discapacitado 62 años o más	Enfermo Terminal	Bajos Recurso	
Nombre de la Persona	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nombre de la Persona	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nombre de la Persona	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nombre de la Persona	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nombre de la Persona	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Sección 4: Información del Especialista en Reubicación**

Por favor proporcione la información sobre el especialista en reubicación y los servicios prestados. Y también adjunte una copia del contrato firmado con el especialista en reubicación.

Nombre:		
Número de Teléfono :	Correo Electrónico:	
Domicilio		
Ciudad	Estado	Código Postal
<b>Servicios Proporcionados por el Especialista en Reubicación:</b> (marque todo lo que corresponda)	<input type="checkbox"/> Discutir las necesidades de vivienda del inquilino(s). <input type="checkbox"/> Asistir al/los inquilino(s) en obtener su pago de reubicación. <input type="checkbox"/> Asistir al/los inquilino(s) a buscar una nueva vivienda y a completar las solicitudes de alquiler. <input type="checkbox"/> Proporcionar al/los inquilino(s) servicios de asesoramiento continuo para minimizar cualquier dificultad debida a la reubicación.	



LOS ANGELES COUNTY

# CONSUMER & BUSINESS AFFAIRS

Housing &amp; Tenant Protections

## Sección 5: Certificaciones

Se deben cumplir las siguientes condiciones para proceder con la terminación de tenencia para la mudanza de un propietario o de un miembro de la familia del propietario. Lea y coloque sus iniciales antes de firmar a continuación.

Yo/Nosotros Certifico/Certificamos que:

Iniciales

Yo/Nosotros soy/somos una persona física y poseemos un interés de propiedad mínimo según lo exige la sección 8.52.090 E(1)(iv-v) del LACC de al menos:

50% de titularidad para ocupar 1 unidad  100% titularidad para ocupar 2 unidades

Iniciales

La(s) persona(s) elegible(s) está(n) en una situación similar a la del(de los) inquilino(s) que está(n) siendo desplazado(s), según lo exige la sección 8.52.090 E(1)(vi) del LACC.

Iniciales

Yo/Nosotros proporcioné/proporcionamos el pago apropiado de asistencia para la reubicación permanente al(a los) inquilino(s) desplazado(s), según lo determine el Condado, por un monto de \$ \_\_\_\_\_

mediante:  pago directo o  el uso de una cuenta de reserva/escrow.

Iniciales

Yo/Nosotros certifico/certificamos que adjunte/adjuntamos una copia del contrato firmado con el especialista en reubicación.

Iniciales

El propietario y/o el miembro de la familia del propietario que residirá principalmente en la(s) unidad(es), se mudará(n) a la(s) unidad(es) dentro de los 60 (sesenta) días de que el inquilino(s) desocupe la(s) unidad(es) y vivirá allí por un mínimo de 36 (treinta y seis) meses consecutivos.

Iniciales

**SOLO PARA PROPIEDADES CON TRES (3) O MÁS UNIDADES DE ALQUILER:** Si esta propiedad tiene 3 (tres) o más unidades de alquiler: Yo/Nosotros certificamos que no existe ninguna unidad vacante en esta propiedad, y yo/nosotros estoy/estamos tratando de desplazar la unidad ocupada más recientemente.



LOS ANGELES COUNTY

# CONSUMER & BUSINESS AFFAIRS

Housing & Tenant Protections

## Sección 6: Firma

Lea lo siguiente antes de firmar a continuación:

Yo/Nosotros, \_\_\_\_\_ (nombre del(de los) propietario(s)), declaro bajo pena de perjurio, conforme a las leyes del Estado de California, que la información provista en este Formulario de Divulgación del Propietario para la Mudanza, incluidos los archivos adjuntos, es verdadera y correcta a mi leal saber y entender.

\_\_\_\_\_  
Nombre del Propietario (nombre completo con letra de molde)

\_\_\_\_\_  
Firma

\_\_\_\_\_  
Fecha



LOS ANGELES COUNTY

**CONSUMER & BUSINESS AFFAIRS**

Housing & Tenant Protections

**PRUEBA DE SERVICIO**

**Complete y devuelva este formulario a:**

CONDADO DE LOS ÁNGELES  
 DEPARTAMENTO OF SERVICIOS PARA CONSUMIDORES Y NEGOCIOS  
**PROGRAMA DE ESTABILIZACIÓN DE ALQUILER**  
 320 WEST TEMPLE STREET ROOM G-10,  
 LOS ANGELES, CA 90012-2706  
 Correo Electrónico: [RSUEnforcement@dcbalacounty.gov](mailto:RSUEnforcement@dcbalacounty.gov) Fax: (213) 625-2031

Este formulario debe ser completado y adjuntarse a cualquier aplicación o aviso de terminación de tenencia que se presente al Programa de Estabilización de Alquiler del Departamento de Servicios para Consumidores y Negocios (DCBA). La notificación a las partes afectada y a DCBA debe completarse dentro de los plazos indicados por la Ordenanza de Estabilización de Alquiler y Protecciones para los Inquilinos (RSTPO) Capítulo [8.52](#) del Código del Condado de Los Ángeles (LACC) y la Ordenanza de Estabilización de Alquiler y Protecciones para Dueños de Casa Móvil (MRSMOPO) Capítulo [8.57](#) del LACC.

**Puede presentar esta Prueba de Servicio y todos los documentos justificativos que demuestren que el servicio se completó al departamento en persona, por correo, fax, o correo electrónico.**

**Sección 1: Tipo de Documento Entregado**

- Documento(s) Entregados:
- Aplicación de Aumento de Alquiler
  - Notificación de Terminación de Tenencia
  - Acuerdo de Compra
  - Mejoras de Capital o Renovación Primaria
  - Otro: \_\_\_\_\_

**Sección 2: Información del Servidor (Seleccione UNO)**

- Propietario  Representante del Propietario

<b>Nombre:</b>			
<b># de Teléfono:</b>			
<b>Domicilio:</b>		<b>Correo Electrónico:</b>	

**Sección 3: Método de Servicio (Seleccione por correo o en persona)**

- Entrega por Correo:  Correo Certificado  Correo de Primera Clase

Fecha de envío:		Número de seguimiento (si corresponde):	
Domicio:			
Persona que recibió el documento:			
Copia adjunta del acuse de recibo/return receipt (si aplica):	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		





LOS ANGELES COUNTY  
**CONSUMER & BUSINESS AFFAIRS**  
Housing & Tenant Protections

Entrega en persona:       Servicio Personal

Persona que recibió el documento:	
Fecha y hora de entrega:	
Domicilio (si es diferente al domicilio de la propiedad):	

**Sección 4: Persona(s) Afectada(s)**

Indique los nombres de cada destinatario sujeto a este formulario que haya recibido una copia de la solicitud y/o notificación seleccionada anteriormente.

_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

**Sección 5: Declaración y Firma**

Yo, \_\_\_\_\_ (Nombre), declaro bajo pena de perjurio, en virtud de las leyes del Estado de California, que se ha proporcionado una copia del/de los documento(s) arriba mencionado(s) a todos los inquilinos/dueños de casas móviles que figuran en la Prueba de Servicio.

\_\_\_\_\_  
**Nombre completo con letra de molde**

\_\_\_\_\_  
**Fecha**

\_\_\_\_\_  
**Firma**