



LOS ANGELES COUNTY

CONSUMER & BUSINESS AFFAIRS

Housing & Tenant Protections

CLEAR FORM

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 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 & 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	Baños 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
Servicios Proporcionados por el Especialista en Reubicación: (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 & 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



LAS PREGUNTAS MÁS FRECUENTES SOBRE LA ASISTENCIA PARA LA REUBICACIÓN

¿Quién califica para la asistencia de reubicación?

Los inquilinos que viven en unidades de alquiler situadas en las áreas no incorporadas del Condado de Los Ángeles y sujetas a la Ordenanza de Estabilización de Alquiler y Protecciones para Inquilinos (RSTPO) califican para asistencia de reubicación.

¿Qué es la asistencia de reubicación y cuándo debe proporcionarse a los inquilinos?

Los propietarios están obligados a pagar la asistencia de reubicación cuando los inquilinos se ven desplazados permanente o temporalmente de su unidad de alquiler por motivos que no son su culpa. La ayuda de reubicación son prestaciones en forma de pagos monetarios, alojamientos comparables y/o servicios de un especialista en reubicación– todo ello proporcionado al (los) inquilino(s) afectados a cuenta del propietario.

¿Quiénes son los especialistas en reubicación y qué servicios prestan?

Los especialistas en reubicación son personas/empresas contratadas por el propietario, a cuenta de éste, para ayudar al inquilino con los servicios de reubicación. El especialista en reubicación debe tener experiencia en la facilitación de asistencia de reubicación en el Condado de Los Ángeles (Condado) y debe proporcionar los siguientes:

- Discutir las necesidades de vivienda del (de los) inquilino(s)
- Asistir al(los) inquilino(s) a obtener su pago de reubicación
- Asistir al inquilino a buscar una nueva unidad de alquiler y completar las aplicaciones
- Proporcionar al inquilino servicios de asesoramiento continuos para minimizar las dificultades derivadas de la reubicación

El propietario es responsable de facilitar información sobre el especialista en reubicación al Departamento de Servicios para Consumidores y Negocios (DCBA) y al (los) inquilino(s).

¿Qué significa ser desplazado permanente o temporalmente?

- Un inquilino es **desplazado permanentemente** si es desalojado por una de las razones sin causa enumeradas en la Sección 8.52.090 del Código del Condado, tales como:
 - Mudanza de un propietario o de un familiar del propietario
 - Retirar la unidad del mercado de alquiler (Ley Ellis)
 - Orden de una agencia gubernamental o judicial



- Un inquilino es **desplazado temporalmente** si debe salir temporalmente de su unidad por una de las siguientes razones, hasta que se resuelva el problema:
 - o Reparaciones necesarias
 - o Rehabilitación (mejoras/reparaciones importantes que aumentan el valor de la propiedad)
 - o Violaciones de salud y seguridad

¿Deberían los inquilinos seguir pagando el alquiler mientras están temporalmente desplazados?

Sí, es posible que se requiera que los inquilinos continúen pagando el alquiler con normalidad. Si los inquilinos sienten que debe haber una reducción en el alquiler debido a problemas de habitabilidad con la unidad, los inquilinos pueden presentar una Aplicación de Ajuste ante DCBA. Comuníquese con nosotros al (800) 593-8222 para obtener más información.

- ¿Qué asistencia de reubicación reciben los inquilinos temporalmente desplazados? Los inquilinos que son temporalmente desplazados por **30 días o menos** deberán de recibir un *per-diem* (un subsidio o pago por cada día).
- Los inquilinos que son temporalmente desplazados por **31 días o más** deberán de recibir un *per-diem* o un alojamiento comparable a su unidad, si una está disponible.

La cantidad actual de *per-diem* es de **\$213.92** por noche (incluye impuestos), más **\$86** por cada adulto y **\$43** por cada niño de 12 años y menos, para alimentos y gastos imprevistos. Esta tarifa está basada en la tarifa que [La Administración Federal de Servicios Generales](#) provee de *per-diem* para el hospedaje en el Condado de Los Ángeles.

¿Qué cantidad de asistencia de reubicación reciben los inquilinos desplazados permanentemente?

La asistencia de reubicación permanente se basa en la cantidad de habitaciones que se alquilan y no en la cantidad de inquilinos en la unidad. Sin embargo, si hay un inquilino **Calificado** o de **Bajos Recursos** en el hogar, los propietarios deben pagar el monto de **asistencia de reubicación** que le corresponde al (los) inquilino(s) **Calificado(s)** o de **Bajos Recursos**.

Cantidades de Asistencia para la Reubicación Permanente del Condado de Los Ángeles					
TIPO	Estudio	1 Habitación	2 Habitaciones	3 Habitaciones	4+ Habitaciones
Estándar	\$7,654	\$8,662	\$10,797	\$13,115	\$14,759
Adultos Mayores, Menores, Personas con Discapacidades o Enfermedades Terminales	\$9,272	\$10,675	\$13,359	\$16,043	\$17,995
Hogar de Bajos Recursos	\$10,980	\$12,688	\$15,921	\$18,971	\$21,411



¿Quién se considera un Inquilino Calificado o de Bajos Recursos?

Los inquilinos que son adultos mayores de 62 años, personas con discapacidades, enfermedades terminales o hogares con niños menores de edad se consideran Inquilinos Calificados. Inquilinos de Bajos Recursos están definidos por la [Sección 50079.5 del Código de Salud y Seguridad de California](#).


¿Cuándo deben los inquilinos recibir el pago de asistencia para la reubicación?

Para los desplazamientos permanentes, los propietarios deben proporcionar a los inquilinos acceso a los fondos en una cuenta de reserva en el momento que se entregue al inquilino la Notificación de Terminación para los desalojos aprobados Sin Culpa. Los propietarios pueden realizar el pago directamente a los inquilinos, para los desplazamientos temporales. El pago deberá realizarse antes del desplazamiento, a menos que el propietario y el inquilino acuerden lo contrario.

¿Qué sucede si hay un desacuerdo sobre la cantidad de asistencia para la reubicación que es elegible el inquilino?

Por favor contacte al Departamento de Servicios para Consumidores y Negocios Programa de Estabilización de Alquiler para recibir asistencia adicional.

¿Preguntas?

 (800) 593-8222

 RSUEnforcement@dcbalacounty.gov

 320 West Temple Street Room G-10

Atención: Programa de Estabilización de Alquiler
Los Ángeles, California 90012

Descargo de responsabilidad: Este es un breve resumen de la información relacionada con la Ordenanza de Estabilización de Alquiler y Protecciones para Inquilinos del Condado de Los Ángeles (RSTPO). No es un aviso legal. Los lectores deben consultar con un abogado para obtener asesoramiento sobre como aplica la RSTPO en su caso particular. Las leyes y pautas se modifican con frecuencia. DCBA recomienda que los lectores verifiquen la información con la RSTPO actual, en el caso de que nuevos cambios no sean reflejados en este boletín.



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 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

Nombre:			
# de Teléfono:			
Domicilio:		Correo Electrónico:	

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