



HOUSING PROTECTION DEPARTMENT  
Long Term Rental Division

**HOJA DE INSTRUCCIONES**  
**FORMULARIO A COMPLETARSE POR EL DUEÑO O FAMILIAR CERCANO PARA**  
**LA ASERCIÓN DE LA EDAD, DISCAPACIDAD O ENFERMEDAD TERMINAL**

De acuerdo al Código Municipal de Inglewood, Capítulo 8, Artículo 9, Sección 8-121 (11)(A), un Propietario **puede desalojar** a un inquilino que califica para las exenciones si el dueño o familiar cercano, que ocupará la unidad, también cumple con los criterios para esta exención y no están disponibles otras unidades vacantes. En este caso, el Inquilino tendrá el derecho de recibir Asistencia de Reubicación de acuerdo a la Sección 8-123(b).

**Propósito:** Los Dueños que buscan recuperar la posesión de la Unidad de Alquiler de buena fe para el uso y ocupación como residencia principal deben completar este formulario SI el Dueño o Familiar Cercano que ocupará la unidad es anciano o persona discapacitada o está certificado como enfermo terminal por un médico tratante

**Instrucciones:** El Dueño o Familiar Cercano debe completar el formulario [Owner or Close Relative Assertion of Age, Disability, or Terminal Illness](#) (*Aserción de la Edad Discapacidad o Enfermedad Terminal*) y entregar una copia al Departamento de la Protección de la Vivienda de Inglewood entre tres (3) días del calendario después de la entrega de la Notificación de 60 Días de Desalojar al inquilino(s):

Horas de Oficina: Lunes a jueves 7:30 am a 5:30 pm  
Cada dos viernes 8:00 am a 5:00 pm

Dirección: City of Inglewood  
Housing Protection Department  
One Manchester Blvd, 6th Floor  
Inglewood, CA 90301

Teléfono: (310) 412-4330

Email: [Housingprotection@cityofinglewood.org](mailto:Housingprotection@cityofinglewood.org)

**ASERCÓN DE EDAD, DISCAPACIDAD, O ENFERMEDAD  
TERMINAL DEL DUEÑO O FAMILIAR CERCANO**

YO, \_\_\_\_\_, declaro que soy  
(Nombre) (Apellido)

El  Dueño o  Familiar Cercano, que vivirá en \_\_\_\_\_  
(Dirección Completa de la Propiedad)

Inglewood, CA \_\_\_\_\_, y afirmo lo siguiente:  
(Zona Postal)

*(Marque todos a los que aplican)*

Tengo 62 años o más de edad.

*(Por favor adjunte un comprobante tal como una identificación)*

**O**

Soy una Persona Discapacitada bajo el significado del Código de Gobierno Sección 12955.3 y quien recibe beneficios del gobierno federal, estatal, o local, o de una entidad privada, por causa de una discapacidad permanente.

*(Por favor adjunte un comprobante tal como una carta de indemnización del Seguro Social)*

**O**

Estoy certificado de tener una enfermedad terminal por un médico tratante.

*(Por favor adjunte un comprobante, tal como una declaración de un doctor.)*

**FIRMA**

Yo declaro bajo pena de perjurio bajo las leyes del Estado de California que lo anterior es cierto y correcto.

Firma del Dueño: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Firma del Familiar Cercano: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ Email: \_\_\_\_\_