



NEW JERSEY COMFORT PARTNERS

Condiciones y Hallazgos de Salud y Seguridad

Cliente (apellidos, nombres): _____ N.º de control: _____

Dirección: _____ Propietario Arrendatario

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____ Condado: _____

Teléfono Residencial: _____ Teléfono Celular: _____ Otro Teléfono: _____

Tenga en cuenta que durante la evaluación y/o las pruebas realizadas en su vivienda, hemos encontrado una(s) condición(condiciones) de salud y seguridad que se deberá(n) reparar antes de tomar cualquier medida o prestar cualquier servicio para mejorar los índices de fuga del aire o los niveles de aislamiento de su vivienda.

Los problemas de salud y seguridad que constituyen una barrera para recibir mejoras en cuanto a la energía incluyen:

- Fuga(s) de gas (se puede desarrollar una condición explosiva potencial) Debe informar esta fuga inmediatamente La compañía de gas fue informada
Lugar: _____ Medida/Nota: _____
- Altos niveles de monóxido de carbono (CO) en el ambiente de la vivienda (los niveles elevados pueden causar enfermedades o la muerte)
Lugar: _____ Medida/Nota: _____
- Aparatos de combustión que no ventilan adecuadamente los gases hacia el exterior (el CO y la humedad que entran en su vivienda representan un grave problema de seguridad)
Lugar: Calefacción Caldera Calentador de agua Calentador de espacio En su vivienda/unidad En otro apartamento del edificio
Medida/Nota: _____
- Alto nivel de CO en los aparatos de combustión:
Lugar: Calefacción Caldera Calentador de agua Estufa Horno de cocina Otros: _____
 En su vivienda/apartamento En otra unidad del edificio
Medida/Nota: _____
- Condición de humedad no controlada: Se puede desarrollar moho Lo que parece ser moho está visiblemente presente
Lugar: Sótano Baño Cocina Sala Dormitorio Estructura del techo
 En su vivienda/apartamento En otro apartamento del edificio
Fuentes potenciales: Fuga del techo Ventilación inadecuada del lugar (baño/cocina) Ventilación inadecuada de la secadora
 Nivelación exterior Agua subterránea Canaleta/Bajantes pluviales Problemas en la fundación
Medida/Nota: _____
- Cableado eléctrico no asegurado: Presencia de cableado eléctrico sobre aisladores y pasacables Cajas eléctricas abiertas
 Otros: _____
- Otros problemas: Infestación Problemas estructurales Otros: _____
Medida/Nota: _____

La(s) condición(condiciones) anterior(es) se observó(observaron) durante una evaluación limitada en una auditoría de conservación de energía realizada en la vivienda. No se brinda ni está implícita ninguna garantía de que todas las condiciones hayan sido totalmente verificadas durante esta inspección de evaluación limitada. Entiendo que soy responsable de corregir la(s) condición(condiciones) marcada(s) en la sección anterior antes de la coordinación de cualquier trabajo de sellado o aislamiento del aire en el edificio, que pudiera modificar la hermeticidad al aire o el rendimiento térmico de las viviendas. Entiendo el(los) peligro(s) potencial(es) asociado(s) con la(s) condición(condiciones). Entiendo que mi participación en el programa de New Jersey Comfort Partners NO continuará hasta que se haya(n) corregido la(s) condición(condiciones). Por medio del presente, acuerdo eximir a la empresa de servicio público y a sus afiliadas de cualquier daño y perjuicio incidental, punitivo, ejemplar o indirecto derivado de cualquier agravio, lesión o muerte, causado(a) por cualquiera de los problemas de salud y seguridad mencionados anteriormente. **Si se ha(n) corregido la(s) condición(condiciones) en un plazo de seis meses a partir de la fecha en que firmé este formulario, solicitaré una nueva evaluación (o prueba) antes de que considere recibir las medidas de sellado y/o aislamiento del aire.**

Firma del Socio Familiar: _____ Fecha: _____

Posibles Medidas Correctivas

N.º de Problema de Salud y Seguridad

- | | |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Un contratista puede informar al programa las posibles medidas correctivas sin costo alguno para usted. | N.º de ref.: <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 |
| <input type="checkbox"/> Las condiciones en su vivienda están fuera del alcance del programa y deberán ser reparadas. | N.º de ref.: <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 |
| <input type="checkbox"/> Tendrá que informar al propietario para realizar las reparaciones necesarias. | N.º de ref.: <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 |
| <input type="checkbox"/> Marque aquí si desea que le informemos al propietario sobre la situación que se encontró en su vivienda. | N.º de ref.: <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 |

Nombre del Propietario: _____ Teléfono: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Recursos Adicionales

Los organismos locales pueden brindar ayuda para corregir las condiciones de Salud y Seguridad encontradas en su vivienda. Deberá comunicarse con ellos directamente para averiguar si cuentan con fondos de ayuda u otras opciones para tratar las condiciones.

- _____
- _____

Cuando la(s) condición(condiciones) haya(n) sido corregida(s), comuníquese con nosotros al: (_____)



NEW JERSEY COMFORT PARTNERS

Condiciones y Hallazgos de Salud y Seguridad

Cliente (apellidos, nombres): _____ N.º de control: _____

Dirección: _____ Propietario Arrendatario

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____ Condado: _____

Teléfono Residencial: _____ Teléfono Celular: _____ Otro Teléfono: _____

Tenga en cuenta que durante la evaluación y/o las pruebas realizadas en su vivienda, hemos encontrado una(s) condición(condiciones) de salud y seguridad que se deberá(n) reparar antes de tomar cualquier medida o prestar cualquier servicio para mejorar los índices de fuga del aire o los niveles de aislamiento de su vivienda.

Los problemas de salud y seguridad que constituyen una barrera para recibir mejoras en cuanto a la energía incluyen:

- Fuga(s) de gas (se puede desarrollar una condición explosiva potencial) Debe informar esta fuga inmediatamente La compañía de gas fue informada
Lugar: _____ Medida/Nota: _____
- Altos niveles de monóxido de carbono (CO) en el ambiente de la vivienda (los niveles elevados pueden causar enfermedades o la muerte)
Lugar: _____ Medida/Nota: _____
- Aparatos de combustión que no ventilan adecuadamente los gases hacia el exterior (el CO y la humedad que entran en su vivienda representan un grave problema de seguridad)
Lugar: Calefacción Caldera Calentador de agua Calentador de espacio En su vivienda/unidad En otro apartamento del edificio
Medida/Nota: _____
- Alto nivel de CO en los aparatos de combustión:
Lugar: Calefacción Caldera Calentador de agua Estufa Horno de cocina Otros: _____
 En su vivienda/apartamento En otra unidad del edificio
Medida/Nota: _____
- Condición de humedad no controlada: Se puede desarrollar moho Lo que parece ser moho está visiblemente presente
Lugar: Sótano Baño Cocina Sala Dormitorio Estructura del techo
 En su vivienda/apartamento En otro apartamento del edificio
Fuentes potenciales: Fuga del techo Ventilación inadecuada del lugar (baño/cocina) Ventilación inadecuada de la secadora
 Nivelación exterior Agua subterránea Canaleta/Bajantes pluviales Problemas en la fundación
Medida/Nota: _____
- Cableado eléctrico no asegurado: Presencia de cableado eléctrico sobre aisladores y pasacables Cajas eléctricas abiertas
 Otros: _____
- Otros problemas: Infestación Problemas estructurales Otros: _____
Medida/Nota: _____

La(s) condición(condiciones) anterior(es) se observó(observaron) durante una evaluación limitada en una auditoría de conservación de energía realizada en la vivienda. No se brinda ni está implícita ninguna garantía de que todas las condiciones hayan sido totalmente verificadas durante esta inspección de evaluación limitada. Entiendo que soy responsable de corregir la(s) condición(condiciones) marcada(s) en la sección anterior antes de la coordinación de cualquier trabajo de sellado o aislamiento del aire en el edificio, que pudiera modificar la hermeticidad al aire o el rendimiento térmico de las viviendas. Entiendo el(los) peligro(s) potencial(es) asociado(s) con la(s) condición(condiciones). Entiendo que mi participación en el programa de New Jersey Comfort Partners NO continuará hasta que se haya(n) corregido la(s) condición(condiciones). Por medio del presente, acuerdo eximir a la empresa de servicio público y a sus afiliadas de cualquier daño y perjuicio incidental, punitivo, ejemplar o indirecto derivado de cualquier agravio, lesión o muerte, causado(a) por cualquiera de los problemas de salud y seguridad mencionados anteriormente. **Si se ha(n) corregido la(s) condición(condiciones) en un plazo de seis meses a partir de la fecha en que firmé este formulario, solicitaré una nueva evaluación (o prueba) antes de que considere recibir las medidas de sellado y/o aislamiento del aire.**

Firma del Socio Familiar: _____ Fecha: _____

Posibles Medidas Correctivas

N.º de Problema de Salud y Seguridad

- | | |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Un contratista puede informar al programa las posibles medidas correctivas sin costo alguno para usted. | N.º de ref.: <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 |
| <input type="checkbox"/> Las condiciones en su vivienda están fuera del alcance del programa y deberán ser reparadas. | N.º de ref.: <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 |
| <input type="checkbox"/> Tendrá que informar al propietario para realizar las reparaciones necesarias. | N.º de ref.: <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 |
| <input type="checkbox"/> Marque aquí si desea que le informemos al propietario sobre la situación que se encontró en su vivienda. | N.º de ref.: <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 |

Nombre del Propietario: _____ Teléfono: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Recursos Adicionales

Los organismos locales pueden brindar ayuda para corregir las condiciones de Salud y Seguridad encontradas en su vivienda. Deberá comunicarse con ellos directamente para averiguar si cuentan con fondos de ayuda u otras opciones para tratar las condiciones.

- _____
- _____

Cuando la(s) condición(condiciones) haya(n) sido corregida(s), comuníquese con nosotros al: (_____)