



DEPARTAMENTO DE LA VIVIENDA DE PUERTO RICO PROGRAMA CDBG-DR

FORMULARIO DE DIVULGACIÓN DE CONFLICTO DE INTERÉS SOLICITANTE/PARTICIPANTE

El siguiente formulario debe completarse y someterse por cada persona solicitante/participante. El propósito de este formulario es determinar si puede existir un conflicto de interés. La información asistirá en la determinación de si las restricciones, supervisión, y otras condiciones pueden ser necesarias antes de recibir asistencia bajo el programa.

Favor de referirse a las siguientes definiciones mientras completa el formulario:

Conflicto de interés – Situación en la que cualquier persona que es un funcionario, empleado, agente, consultor, oficial o director electo o nombrado del Departamento de la Vivienda (Vivienda), o de cualquier agencia pública designada, o de subrecipientes que esté recibiendo fondos bajo el Programa CDBG-DR pueda obtener un interés o beneficio personal o financiero que sea o podría ser razonablemente incompatible con el interés público, ya sea para ellos, o para las personas con quienes ellos tienen negocios, o una organización quien emplea o está a punto de emplear a cualquiera de las partes aquí indicadas o a un miembro de su unidad familiar durante su incumbencia o por dos (2) años después.

Unidad Familiar – Incluye la pareja del funcionario público o antiguo empleado público, sus hijos dependientes, familiares hasta el cuarto grado de consanguinidad o dentro del segundo grado de afinidad que no sean dependientes o residan con el empleado público o antiguo empleado público, o aquellas personas que comparten la residencia legal del funcionario público o antiguo funcionario público, o cuyos asuntos financieros estén bajo el control *de jure* o *de facto* del funcionario público o antiguo empleado público.

Funcionario Público – Incluye oficiales y empleados públicos de Vivienda y/o cualquiera de sus agencias relacionadas, incluyendo subrecipientes.

Favor seleccionar el encasillado apropiado para cada pregunta y complete el anejo según indicado.

1. ¿Es usted un funcionario público?

- SÍ
 NO

2. ¿Algún miembro de su unidad familiar es un funcionario público?

- SÍ
 NO

3. ¿Usted o algún miembro de su familia tiene gestiones de negocio o lazos de negocio con algún funcionario público?

- SÍ
 NO

AVISO: Hacer declaraciones falsas o fraudulentas intencional y voluntariamente puede resultar en denegación de asistencia, penalidad civil y/o ser referido a las autoridades de ley y orden.

Si el Programa CDBG-DR determina que existe un conflicto de interés, usted pudiera ser considerado no elegible para la asistencia solicitada y pudiera requerirse que devuelva la totalidad de los fondos recibidos y/o el valor de los servicios recibidos

Favor afirme lo siguiente:

- He leído y entiendo el Formulario de Divulgación de Conflicto de Interés.
 He divulgado toda la información requerida, si alguna.
 Acuerdo cumplir con cualquier condición o restricción impuesta por los Programas de Vivienda y CDBG-DR para reducir o eliminar conflictos de interés reales o potenciales.
 Actualizaré este formulario de divulgación prontamente, de cambiar circunstancias relevantes.
 Entiendo que esta divulgación no es un documento confidencial.

**Nombre y dos apellidos:
(en letra de molde)**

Firma:

Fecha:

PARA USO DE PERSONAL DE CDBG-DR SOLAMENTE

Nombre de empleado de CDBG-DR que revisó formulario:

Puesto de empleado de CDBG-DR que revisó formulario:

Firma de empleado de CDBG-DR que revisó el formulario:

Fecha:



ANEJO

**FORMULARIO DE DIVULGACIÓN DE CONFLICTO DE INTERÉS
SOLICITANTE/PARTICIPANTE**

Si usted contestó que NO a TODAS las preguntas, puede descartar este Anejo.

Si usted contestó que SÍ a CUALQUIER pregunta, complete las secciones a continuación.

Parte I: Sobre el Funcionario Público	
Nombre de funcionario público:	
Relación de la persona solicitante/participante con el funcionario público:	<input type="checkbox"/> El mismo <input type="checkbox"/> Miembro de la unidad familiar de Persona solicitante/participante <input type="checkbox"/> Asociado con una organización que emplea, tiene o está a punto de emplear a la Persona solicitante/participante <input type="checkbox"/> Tiene interés monetario o de otro tipo con la persona solicitante/participante <input type="checkbox"/> Otra:
La relación del funcionario público con el Gobierno de Puerto Rico, Programas de Vivienda, CDBG-DR y sus subrecipientes:	<input type="checkbox"/> Empleado u oficial <input type="checkbox"/> Agente <input type="checkbox"/> Consultor <input type="checkbox"/> Contratista <input type="checkbox"/> Oficial electo o designado <input type="checkbox"/> Otro:
Agencia/Departamento donde trabaja el funcionario público:	
Describe la posición y/o el rol del funcionario público:	

¿El funcionario público ejerce o ha ejercido cualquier función o responsabilidad con respecto al Programa CDBG-DR, o el funcionario público está en una posición de participar en o influenciar el proceso de toma de decisión o acceder información confidencial en cuanto a actividades bajo el Programa CDBG-DR?

No – Si “No”, complete Parte II.

Sí – Si “Sí”, existe un conflicto de interés prohibido. Debe completar Parte III para someter una solicitud de excepción.

Parte II: Certificación de NO Conflicto de Interés

AVISO: Hacer declaraciones falsas o fraudulentas intencional y voluntariamente puede resultar en denegación de asistencia, penalidad civil y/o referido a autoridades de ley y orden.

Por la presente certifico bajo pena de ley que, según definido en 24 C.F.R. §570.611, no existe conflicto de interés.

**Nombre y dos apellidos:
(en letra de molde)**

Firma:

Fecha:

**PARA USO DE PERSONAL DE CDBG-DR SOLAMENTE
 Parte II: Certificación de NO Conflicto de Interés**

Nombre de empleado de CDBG-DR que revisó formulario:

Puesto de empleado de CDBG-DR que revisó formulario:

Firma de empleado de CDBG-DR que revisó el formulario:

Fecha:

Parte III: Solicitud de Excepción a Conflicto de Interés

1. Provea una explicación detallada de la naturaleza del conflicto:

2. ¿Pertenece la persona solicitante a una clase o clasificación de grupo de persona de bajo ingreso o moderado para el cual la actividad asistida tiene la intención de beneficiar?

No

Sí – Describa:

Si sí, ¿permitirá la excepción que la persona solicitante/participante reciba el mismo tipo de beneficios disponibles a otros miembros del grupo o clase?

No

Sí – Describa:

3. ¿Se ha recusado el funcionario público y/o retirado de alguna función, responsabilidad y/u obligaciones de toma de decisiones en cuanto a la actividad asistida?

No

Sí – Describa:

4. ¿Había asistencia de programa disponible antes de que el funcionario público fuese sujeto del potencial conflicto?

No

Sí– Describa:

5. ¿Resultará la denegatoria de asistencia de programa en excesiva dificultad al sopesarse contra el interés público adelantado al evitar el conflicto?

No

Sí– Describa:

6. Provea otra información relevante:

AVISO: El hacer falsas o fraudulentas representaciones intencional y voluntariamente puede resultar en denegatoria de asistencia, penalidad civil y/o referido a las autoridades de ley y orden.

- Adjunto evidencia de la divulgación pública del conflicto.
- Adjunto una declaración escrita de la División Legal de Vivienda confirmando que no se violaría ninguna ley estatal o local como resultado de la emisión de la excepción a los requisitos de conflicto de interés.

**Nombre y dos apellidos:
(en letra de molde)**

Firma:

Fecha:

**PARA USO DE PERSONAL DE CDBG-DR SOLAMENTE
PARTE III: SOLICITUD DE EXCEPCIÓN A CONFLICTO DE INTERÉS**

Determinación sobre la solicitud de excepción:

Nombre de empleado de CDBG-DR que revisó formulario:

Puesto de empleado de CDBG-DR que revisó formulario:

Firma de empleado de CDBG-DR que revisó el formulario:

Fecha: