

Envíe la solicitud completa a: *(elija uno)*

Por correo postal: Domestic Well Safety Program 800 NE Oregon Street, Suite 640  
Portland, OR 97232

FAX: 971-673-0457

Correo electrónico: [Domestic.Wells@dhsosha.state.or.us](mailto:Domestic.Wells@dhsosha.state.or.us)

## Solicitud de vale para prueba de pozo doméstico (privado) Área de Gestión de Aguas Subterráneas de la Cuenca del Bajo Umatilla (LUBGWMA)

Esta es una solicitud para recibir un vale para la prueba de agua de pozo para pozos domésticos (privados) en el Área de Gestión de Aguas Subterráneas de la Cuenca del Bajo Umatilla de los condados de Morrow y Umatilla.

Para obtener ayuda para completar la evaluación de pozos o para otras preguntas, envíe un correo electrónico a [domestic.wells@dhsosha.state.or.us](mailto:domestic.wells@dhsosha.state.or.us) o llame al 971-673-0440.

### Cláusulas de exención de responsabilidad:

Los resultados de las pruebas de calidad del agua se compartirán con el Oregon Health Authority y pasarán a formar parte del registro público. El Oregon Health Authority, OHA, utilizará esta información para monitorear y distribuir comprobantes para la realización de pruebas. El OHA preservará el carácter confidencial de los nombres y direcciones en la medida permitida por la ley si lo solicita al marcar la casilla a continuación.

### Al marcar la casilla a continuación:

Solicito que el OHA preserve el carácter confidencial de mi nombre y dirección en la medida permitida por la ley. El OHA utilizará esta información según sea necesario para el monitoreo y la distribución de comprobantes.

Sí, solicito que el OHA preserve el carácter confidencial de mi nombre y dirección en la medida permitida por la ley.

No, no solicito que el OHA preserve el carácter confidencial de mi nombre y dirección.

## Preguntas de elegibilidad: Las respuestas determinarán si usted es elegible para recibir el vale.

**¿La unidad familiar de la propiedad depende de un pozo privado para cosas como beber, bañarse, cocinar y lavar los platos? (Se requiere una respuesta.)**

Sí

No

**¿Está su propiedad ubicada dentro del Área de Gestión de Aguas Subterráneas de la Cuenca del Bajo Umatilla de los condados de Morrow o Umatilla? (Nota: Si no lo sabe, seleccione "no estoy seguro" y el OHA se comunicará con usted para brindarle ayuda.) (Se requiere una respuesta.)**

Sí, mi propiedad está dentro del Área de Gestión de Aguas Subterráneas de la Cuenca del Bajo Umatilla

No, mi propiedad no se encuentra dentro del Área de Gestión de Aguas Subterráneas de la Cuenca del Bajo Umatilla.

No estoy seguro.

**¿La propiedad usa un pozo privado o es parte del sistema de aguas públicas? (Se requiere una respuesta.)**

El pozo es privado. Soy dueño o rento la propiedad y el pozo.

El pozo es parte de un sistema de aguas públicas. Pago una factura de agua. *(La solicitud no es elegible)*

No estoy seguro.

**¿Realizaron el Departamento de Salud del condado de Morrow o el Departamento de Salud Pública del condado de Umatilla pruebas de nitrato a su pozo en los últimos 12 meses? (Se requiere una respuesta.)**

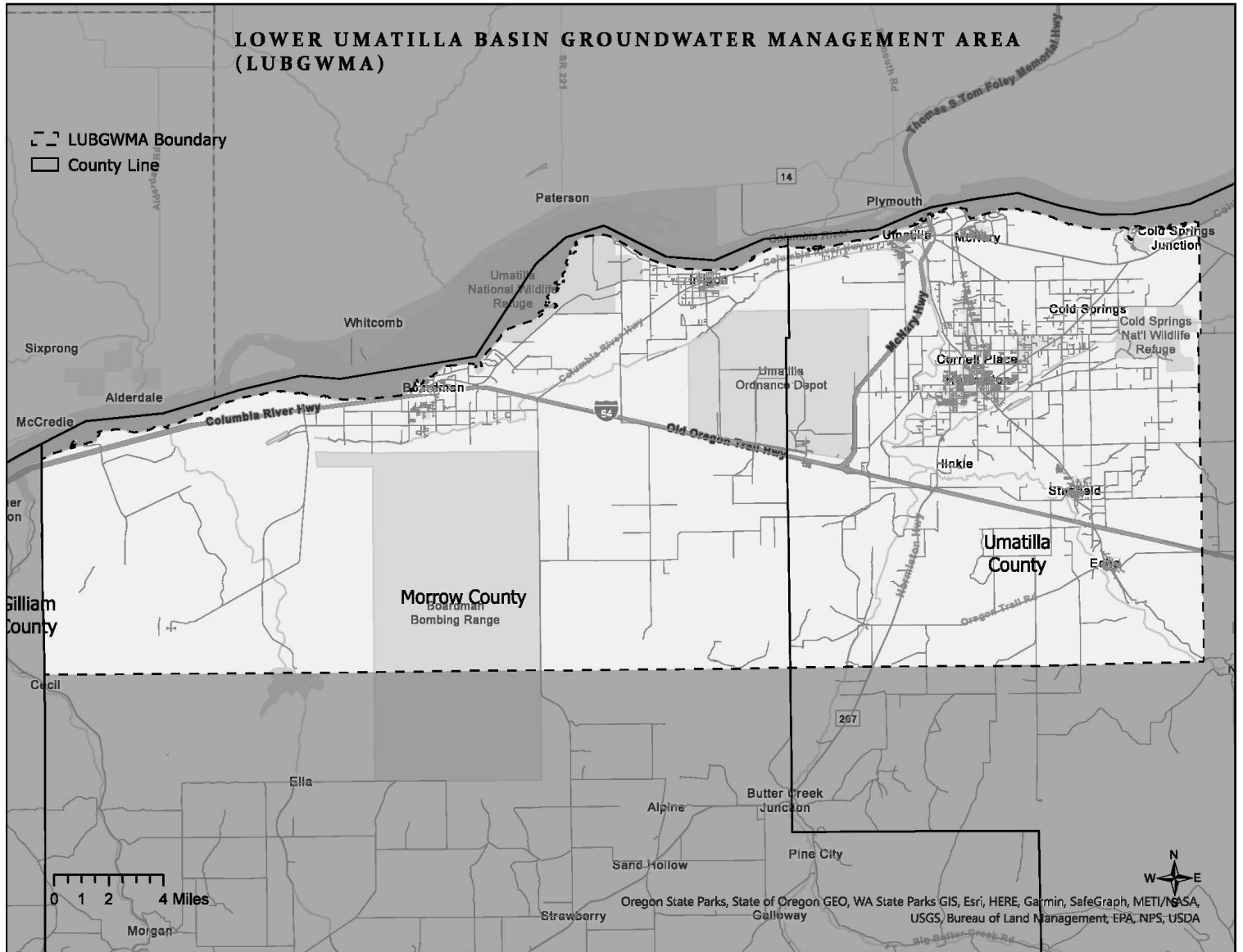
Sí, el Departamento de Salud del condado de Morrow realizó una prueba de nitrato en mi pozo.

Sí, el Departamento de Salud Pública del condado de Umatilla realizó una prueba de nitrato en mi pozo.

No, los condados no realizaron pruebas de nitrato en mi pozo.

No estoy seguro

# Lower Umatilla Basin Groundwater Management Area (LUBGWMA) Boundary Map



**Información del solicitante y del pozo:** Las respuestas se utilizarán para la distribución y el seguimiento de los vales.

**Su información de contacto:**

Nombre: \_\_\_\_\_

Dirección postal: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_ Condado: \_\_\_\_\_

Correo electrónico: \_\_\_\_\_ Número de teléfono: \_\_\_\_\_

**Dirección del pozo (si es diferente de la dirección postal indicada anteriormente)**

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

**Método preferido de contacto**

Correo electrónico

Correo postal

Teléfono

Comentarios (*por favor, especifique*): \_\_\_\_\_

Número de etiqueta del pozo (L-#####). Los pozos construidos después de 1996 deben tener una etiqueta de pozo de metal cerca de la parte superior del pozo. Si la etiqueta de su pozo está extraviada o dañada, o si nunca se asignó una etiqueta de pozo, contacte al Departamento de Recursos del Agua de Oregon al 503-986-0854 para solicitar uno.

Número de registro del pozo. Esta es una combinación del nombre del condado y números; por ejemplo, un registro de pozo en el Condado de Marion puede ser MARI-12345. Usted puede encontrar este número en el sitio web del Departamento de Recursos del Agua de Oregon (<https://go.usa.gov/xArzD>). Consejo para usar el sitio web: haga clic en "Find T-R-S by Address" (encontrar T-R-S por domicilio). Ingrese la dirección de la propiedad y haga clic en "search" (buscar).

**¿Comparte su hogar un pozo con otra propiedad?**

Sí

No

No estoy seguro

**Ingrese los nombres de contacto y números de teléfono o direcciones de correo electrónico de todos los hogares atendidos por este pozo. Ingrese "N/A" si esta es su residencia principal.**

Contacto	Nombre	Número de teléfono	Correo electrónico
1			
2			
3			

**¿Cuántas personas viven en su hogar?**

1

3

5

Otro (*por favor, especifique*)

2

4

6

\_\_\_\_\_

**Preguntas sobre la raza, el origen étnico, el idioma y la discapacidad (REAL D):** Estas preguntas son opcionales y sus respuestas son confidenciales. Nos gustaría que nos dijera su raza, origen étnico, idioma y niveles de habilidad para que podamos encontrar y atender las diferencias en la salud y el servicio. Las respuestas nos ayudarán a darle la prioridad a los vales si su demanda excede la oferta. Si quiere proporcionar esta información, por favor, complete el formulario REAL D en la siguiente página.

## Raza y origen étnico

1. ¿Cómo identifica usted su **raza, grupo étnico, origen tribal, país de origen o ascendencia**?

2. ¿Cuál de las siguientes opciones describe su **identidad racial o étnica**? Marque **TODAS** las opciones que correspondan.

### Hispano(a) y Latino(a/x)

- Centroamericano(a)
- Mexicano(a)
- Sudamericano(a)
- Hispano(a) o latino(a/x) de otro origen

### Indígena de Hawái y Isleño(a) del Pacífico

- Chamoru (chamorro(a))
- Marshalés(a)
- Comunidades de la región de Micronesia
- Nativo(a) de Hawái
- Samoano(a)
- Nativo(a) de otras Islas del Pacífico

### Blanco(a)

- De Europa del Este
- Eslavo(a)
- De Europa Occidental
- Otro grupo étnico blanco

### Indígenas norteamericanos y nativos de Alaska

- Indígena estadounidense
- Nativo(a) de Alaska
- Inuit canadiense, métis o indígena canadiense (First Nation)
- Indígena mexicano, centroamericano o sudamericano

### Negro(a) y afroestadounidense

- Afroestadounidense
- Afrocaribeño(a)
- Etíope
- Somalí
- Africano(a) de otro origen (negro)
- Otro grupo étnico negro

### De Oriente Medio/del Norte de África

- De Oriente Medio
- Del Norte de África

### Asiático(a)

- Indígena asiático(a)
- Camboyano(a)
- Chino(a)
- Comunidades de Myanmar
- Filipino(a)
- Hmong
- Japonés(a)
- Coreano(a)
- Laosiano(a)
- Del sur de Asia
- Vietnamita
- Otros asiáticos

### Otras categorías

- Otra (*indique*)
- No sé
- No deseo responder

3. Si marcó **más de una** de las categorías anteriores, ¿hay **una** que usted crea que sea su **principal** identidad racial o étnica?

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Sí. Encierre en un círculo su principal identidad racial o étnica. | <input type="checkbox"/> N/A. Solo marqué una de las categorías anteriores. |
| <input type="checkbox"/> No tengo solo una identidad racial o étnica principal.             | <input type="checkbox"/> No sé  |
| <input type="checkbox"/> No. Me identifico como birracial o multirracial.                   | <input type="checkbox"/> No deseo responder                                 |

## Idioma (Hay intérpretes disponibles sin costo)

Por favor, pase a la pregunta a la 7 si usted/la persona tiene menos de 5 años de edad.

4. ¿Qué idioma o idiomas usa en casa? \_\_\_\_\_

**Pase a la pregunta 7 si indica solo inglés**

5a. ¿Qué idioma prefiere usar cuando se comunica (en persona, por teléfono o virtualmente) con alguien fuera de su casa sobre asuntos importantes, como información médica, legal o de salud?

\_\_\_\_\_

5b. ¿Qué idioma preferiría usar para leer información importante por escrito, como información médica, legal o de salud?

\_\_\_\_\_

**Pase a la pregunta 7 si no usa otro idioma que no sea el inglés o la lengua de señas**

6. ¿Qué tan bien habla inglés?

Muy bien     Bien     No muy bien     Nada     No sé     No deseo responder

Sus respuestas nos ayudarán a encontrar las diferencias en la salud y los servicios entre las personas con o sin dificultades funcionales. Sus respuestas son confidenciales. (\*Por favor, escriba "no sé" si no sabe cuándo contrajo esta condición, o "no deseo responder" si no quiere responder la pregunta)

Sí	*Si es así, ¿a qué edad inició esta condición?	No	No sé	No deseo responder	No sabe qué se le pregunta en esta pregunta
----	--	----	-------	--------------------	---

7. ¿Es usted **sordo/a** o tiene **dificultades serias para oír**?

--	--	--	--	--	--

8. ¿Es usted **ciego/a** o tiene **dificultades serias para ver**, aunque lleve puestos lentes?

--	--	--	--	--	--

**Deténgase aquí si usted/la persona tiene menos de 5 años**

9. ¿Tiene dificultades **serias para caminar o subir escaleras**?

--	--	--	--	--	--

10. Debido a una afección física, mental o emocional, ¿tiene serias dificultades para **concentrarse, recordar o tomar decisiones**?

--	--	--	--	--	--

11. ¿Tiene **dificultades para vestirse o bañarse**?

--	--	--	--	--	--

12. ¿Tiene dificultades **serias para aprender a hacer cosas que la mayoría de las personas de su edad pueden aprender**?

--	--	--	--	--	--

13. Cuando usa su idioma **habitual (de costumbre)**, ¿tiene **serias dificultades para comunicarse** (por ejemplo, para comprender y hacerse comprender por los demás)?

--	--	--	--	--	--

**Deténgase aquí si usted/la persona tiene menos de 15 años**

14. Debido a una afección **física, mental o emocional**, ¿tiene usted **dificultades para hacer diligencias solo(a)**, como visitar un consultorio médico o ir de compras?

--	--	--	--	--	--

15. ¿Tiene **serias dificultades con lo siguiente: su estado de ánimo, la intensidad de sus emociones, el control de su comportamiento o tiene delirios o alucinaciones**?

--	--	--	--	--	--

## Al ingresar mi nombre a continuación:

- Acepto que toda la información proporcionada en la solicitud es correcta según mi leal saber y entender.
- Acepto que, si se me otorga un comprobante, solo lo usaré una vez para la dirección del pozo proporcionada en esta solicitud.
- Firmo electrónicamente esta solicitud.

Firma \_\_\_\_\_