

Solicitud del Programa CDBG
El derecho comunitario de McAllen
Formulario de Certificación de Elegibilidad de Ingresos

Los participantes en el Programa de Desarrollo Comunitario financiado por el Gobierno Federal (CDBG) debe revelar información personal a efectos de información y de elegibilidad. Por favor de escribir legible y responder a todas las preguntas completamente.

ADVERTENCIA: La información proporcionada en este formulario está sujeta a verificación por HUD en cualquier momento, y el Título 18, Sección 1001 del Código de los Estados Unidos declara que una persona es culpable de un delito grave y la asistencia puede ser terminada por conocimiento y voluntariamente una declaración falsa o fraudulenta a un departamento de Gobierno de los Estados Unidos.

I. Información General: Demografía del hogar

A. Información del solicitante

Nombre _____

Dirrección _____

Ciudad,Estado _____ Código postal _____

¿El solicitante reside dentro de los límites de la Ciudad? Yes No

B. Características **(marque uno)**

1. Hispano(a): Sí No

2. Raza

Blanco Negro/Afro Americano(a) Asiático(a)

Indios Americanos/Nativos de Alaska Nativo de Hawaii/otra Isla del Pacífico

Los Indios Americanos/ Nativos de Alaska y Blanco Asiático y Blanco

Negro/ Afroamericano y Blanco Indios Americanos/Nativos de Alaska Negro

Otros Multi-Racial

3. Número de personas que se benefician de servicios _____

4. Número de personas en el hogar _____

II. Documentos de Calificación

Por favor marque (X) la respuesta

A. Recibe su familia TANF (asistencia Temporal para Familias Necesitadas)?

_____ Si; Fuente de Documentación: proporcionar carta de adjudicación de no más de 6 meses de la fecha de esta solicitud; pare y vaya al Paso III para firmar y fechar esta aplicación

_____ No; por favor continúe con la siguiente pregunta

B. Alguien en su hogar recibe MEDICAID?

_____ Si; Fuente de Documentación: proporcionar carta de adjudicación de no más de 6 meses de la fecha de esta solicitud; pare y vaya al Paso III para firmar y fechar esta aplicación

_____ No; por favor continúe con la siguiente pregunta

C. Recibe su familia SNAP (CUPONES DE ALIMENTOS)?

_____ Si; Fuente de Documentación: proporcionar carta de adjudicación de no más de 6 meses de la fecha de esta solicitud; pare y vaya al Paso III para firmar y fechar esta aplicación

_____ No; por favor continúe con la siguiente pregunta

D. Usted reside en Vivienda Pública (Autoridad de Vivienda o sa Sección 8)?

_____ Yes; Nombre de la ciudad en la que la Vivienda Pública se encuentra _____
Fuente de Documentación: proporcionar una copia del DNI/licencia, o facture de servicios públicos que indica la dirección; Pare y vaya al Paso III para firmar y fechar esta aplicación

_____ No; por favor continúe a la siguiente sección

III. Certificación del Solicitante

Encierre el Límite de ingresos basado en el tamaño del hogar.

TABLA DE INGRESOS (ABAJO):

A partir del 15 de Junio 2023

Tamaño de Familia	Extremadamente bajo Ingresos (30%)	Muy bajo Ingresos (50%)	Bajo Ingresos (80%)
1 Persona	\$15,200	\$25,250	\$40,400
2 Personas	\$17,350	\$28,850	\$46,150
3 Personas	\$19,500	\$32,450	\$51,900
4 Personas	\$21,650	\$36,050	\$57,650
5 Personas	\$23,400	\$38,950	\$62,300
6 Personas	\$25,150	\$41,850	\$66,900
7 Personas	\$26,850	\$44,750	\$71,500
8 Personas	\$28,600	\$47,600	\$76,100

Solicitante es _____ Elegible _____ No Elegible

Yo, _____, presente reconozco que
(Nombre en molde)

(1) la elegibilidad para asistencia bajo este programa financiado por el programa CDBG se basa en tener una presunción o calificar los ingresos familiares; (2) la información suministrada a la Agencia de prestación de los servicios y Subvencionado es la vigente en la fecha de la firma; (3) esta información puede estar sujeta a promover verificación por parte del concesionario y / o el Departamento de Vivienda y Desarrollo Urbano de EE.UU. (HUD) y HUD-Oficina del Inspector General (HUD-OIG); (4) autorizo dicha verificación; y (5) falsificación de la información proporcionada, me expone a ser procesado bajo estatales y las leyes federales.

Firma

Fecha

IV. Certificación de la agencia

Yo, _____, por la presente reconozco que
(Nombre en molde)

tengo recibido la documentación necesaria con el fin de prestar servicios en el marco del programa CDBG.

Firma

Fecha

Agencia