**Solicitud del Programa CDBG**

**El derecho comunitario de Mission, TX**

**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? | | |  | Si |  | | 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 continué 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 continué 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 continué con la siguiente pregunta |  |

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

|  |  |
| --- | --- |
|  | Si; 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 dirrección; 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

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Household**  **Size** | **Extremely Low Income (30%)** | **Very Low**  **Income (50%)** | **Low**  **Income (80%)** |
| 1 Person | $15,200 | $25,250 | $40,400 |
| 2 Persons | $17,350 | $28,850 | $46,150 |
| 3 Persons | $19,500 | $32,450 | $51,900 |
| 4 Persons | $21,650 | $36,050 | $57,650 |
| 5 Persons | $23,400 | $38,950 | $62,300 |
| 6 Persons | $25,150 | $41,850 | $66,900 |
| 7 Persons | $26,850 | $44,750 | $71,500 |
| 8 Persons | $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 prestart servicios en el marco del programa CDBG.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| Firma |  | Fecha |