**Solicitud del Programa CDBG**

**El derecho comunitario de Mission, TX**

**Formulario de Certificación de Elegibilidad de Ingresos**

*Aplicación Completa*

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. Presunto Estado:**

Por favor marque con (X) en la respuesta

A. ¿Alguna de las personas que reciben servicios es una victim de violencia doméstica(niños abusados o cónyuges maltratadas)?

|  |  |
| --- | --- |
|  | Si; Fuente de Documentación: proporcionar copia de aplicación de la ley, referido de |
|  | Refugio o declaración firmada de los clients de la situación/autocertificación del incidente; | |
|  | Detener y vaya al Paso VII para firmar y fechar esta aplicacíon |
|  | No; por favor continúe con la siguiente pregunta |

B. ¿Alguna de las personas que reciben servicios tiene 62 años o más?

|  |  |
| --- | --- |
|  | Si; de identificación emitida por Gobierno que indica cumpleaños; |
|  | Pare y vaya al Paso VII para firmar y fechar esta aplicación |
|  | No; por favor continué con la siguiente pregunta |

C. ¿Alguna de las personas que reciben servicios son adultos severamente discapacitados?

|  |  |
| --- | --- |
|  | Si; Fuente de Documentación: proporcionar copia de la carta de adjudicación |
|  | Incapacidad del Seguro Social no mayor de seis meses (si no permanente) o |
|  | Certificación respecto inhabilitación del doctor y condición; Pare y vaya al Paso VII para |
|  | firmar y fechar esta aplicación  No; por favor continué con la siguiente pregunta |

D. ¿Alguna de las personas que reciben servicios es un adulto analfabeto(no puede hablar o leer en cualquier idioma)?

|  |  |
| --- | --- |
|  | Si; Pare y valla al Paso VII para firmar y fechar esta solicitud; Empleado de la Agencia |
|  | debe dar reconocimiento al testigo |
|  | No; por favor continué con la siguente pregunta |

E. ¿Alguna de las personas que recibe servicios ha sido diagnosticados con SIDA (Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida)?

|  |  |
| --- | --- |
|  | Si; Fuente de Documentación: proporcionar copia del informe de laboratorio o carta de |
|  | referencia de Consejo SIDA Valley (VAC); Pare y vaya al Paso VII para firmar y fechar  esta aplicación |
|  | No; por favor continué con la siguiente pregunta |

F. ¿Alguna de las personas que recibe servicios es trabajador agrícula de migrantes actuales?

|  |  |
| --- | --- |
|  | Si; Fuente de Documentación: proporcionar un talón de cheque del empleador fuera de |
|  | la zona; Deténgase y vaya al paso VII para firmar y fechar esta aplicación |
|  | No; por favor continué con la siguiente pregunta |

G. ¿Alguna de las personas que recibe servicios es considerado sin hogar?

|  |  |
| --- | --- |
|  | Si; Indique en qué situación se aplica y siga con el requisite |
|  | No; por favor continué a la siguiente sección |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **En un lugar no destinado para la vida humana, tales como automóviles, parques,** | |
|  | **aceras, edificios abandonandos, en la calle.** (Documentación requerida: Trabajador Social debe firmar y fechar una certificación general de verificación que los servicios van a personas sin hogar e indicar donde reside la personan; obtener firma del participante y la fecha también.) |

|  |  |
| --- | --- |
|  | **En un refugio de emergencia.**  (Documentación requerida: Firmado y fechado por |
|  | escrito la verificación de la persona del refugio de emergencia). |

|  |  |
| --- | --- |
|  | **En una vivienda de transición o de apoyo par alas personas sin hogar que** |
|  | **originalmente vinieran de las calles o en refugios de emergencia.** (Documentación  requerida: Firmado y fechado la verificación de referencia personal de la agencia en las  instalaciones de vivienda de transición y la verificación de que los participantes estaban  viviendo en la calle o en un refugio de emergencia o que fue dado de alta de una  institución antes de que vivieran en viviendas de transición y estuvieran en estado sin  hogar si no fuera por la vivienda de transición. |

|  |  |
| --- | --- |
|  | **En cualquiera de los lugares anteriores, per ova estar poco tiempo (hasta 30 diás)** |
|  | **en un hospital u hotra institución.** (Documentación requerida:Escrita y fechada la  verificación del personal de la institución indicando que el participante ha estado  residiendo en la institución por lo menos de 31 dias e información sobre su anterior  situación) |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| |  |  | | --- | --- | |  | **Está siendo desalojado dentro de una semana a partir de una unidad de** | |  | **vivienda privada y sin residencia posterior ha sido identificado y la**  **persona carece de recursos y redes de apoyo necesario para obtener una**  **vivienda o su vivienda ha sido condenado por los funcionarios de vivienda**  **y ya no se considera habitable.** (Documentación requerida: Desalojo de la vivienda  e evidencia de un procedimiento de desalojo formal, lo que indica que el participante  estaba siendo desalojada dentro de la semana antes de recibir asistencia sin hogar;  información sobre los ingresos dei participante y qué esfuerzos se hicieron para obtener  vivienda y por qué, sin la asistencia de hogar, el cliente se hiría a vivir en la calle o un  refugio de emergencia. Desalojo del miembro de la familia-escribir la razón para el  desalojo por miembro de la familia con fecha yfirma comunicado por el participante que  describa la situación; proyecto deben hacer esfuerzos para verificar la validez de la  declaración.) | |  | **Se le ha desalojado/despedido dentro de una semana a partir de una** | |  | **institución en la que la personaque ha sido residente por más de 30 días**  **consecutivos y sin ninguna posterio residencia ha sido identificado y la**  **persona carece de recursos y redes de apoyo necesarios para obtener una**  **vivienda.** (Documentación requerida: Verificación escrita del personal de la institución  participante que indica que ha sido con domicilio en la institución de más de 31 días e  información sobre situaciónde residencia previa, la documentación de residencia y sin  esfuerzos posteriores hecho para alcanzarlos  debe ser referenciado en el archivo.) | |  | **Está huyendo de una situación de la vivienda violencia doméstica y no hay** | |  | **soporte posterior residencia ha sido identificado y la persona carece de**  **los recursos y redes necesarias para obtener una vivienda.** (Documentación  requerida: Fecha y firma verificación por escrito del participante indicando que él / ella  está huyendo de un interna situación de violencia; declaración sobre la situación de su  vida anterior.) | |
| **III. 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 VII 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 VII 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 VII 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 VII para firmar y fechar  esta aplicación | |  | No; por favor continúe a la siguiente sección | |
|  |
|  |
|  |
|  |

**IV. Calculo de Ingresos:**

1. Enumere los nombres de las personas en el hogar e indique si los miembros del hogar son estudiantes o niños a tiempo completo

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **#** | **Apellido** | **Nombre** | **Estudiante de tiempo completo mayor de 18 años** | | **Niño/a menor de 18 años** | |
| 1 |  |  | Si | No | Si | No |
| 2 |  |  | Si | No | Si | No |
| 3 |  |  | Si | No | Si | No |
| 4 |  |  | Si | No | Si | No |
| 5 |  |  | Si | No | Si | No |
| 6 |  |  | Si | No | Si | No |
| 7 |  |  | Si | No | Si | No |
| 8 |  |  | Si | No | Si | No |
| Nota: | | | En caso afirmativo, los ingresos tienen un tope de $ 480 excepto para el jefe de familia. | | En caso afirmativo, los ingresos se excluyen del cálculo ($ 0) | |

***La agencia debe verificar que el número de miembros del hogar enumerados anteriormente sea igual al número proporcionado en la página 1, pregunta 4.***

A. Para cada miembro del hogar, indique la cantidad de INGRESO anual / anual

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Nombre | 1) Salarios y sueldos | 2) Beneficios y distribuciones de pensiones | 3)Asistencia Publica | 4)Otros ingresos (incluido el negocio neto) | 5) Fuente | 6) Ingresos brutos anuales  (Agregue cada fila e ingrese para cada persona) | |
|  |  |  |  |  |  | $ | |
|  |  |  |  |  |  | $ | |
|  |  |  |  |  |  | $ | |
|  |  |  |  |  |  | $ | |
|  |  |  |  |  |  | $ | |
|  |  |  |  |  |  | $ | |
|  |  |  |  |  |  | $ | |
|  |  |  |  |  |  | $ | |
| **TOTAL**  ***(Sume las cantidades en la Columna 5)*** | | | | |  | | **$** | |
| **Ejemplo:** | | | | | | | | |
| Sueldos, sueldos, propinas, horas extra, bonificaciones, ingresos de las fuerzas armadas, trabajo por cuenta propia o ingresos comerciales | | Ingresos por jubilación y seguros | Ingresos por desempleo y discapacidad | Intereses y dividendos, pensión alimenticia, manutención de los hijos e ingresos por obsequios |  | | |
| **Documentos Necesario:** | | | | | | | | |
| 3 meses de recibos de pago o documentos de depósito electrónicos | | 3 meses de talones de cheques o documentos electrónicos de depósito o distribución |  |  |  | | |

**VII. 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 |

**VIII. 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 |