



Comisión de Desarrollo Comunitario del Condado de  
Mendocino

1076 N. State St., Ukiah, CA 95482

Teléfono 707/463-  
5462  
Fax 707/463-4188  
TDD: CA Relé 711

**VALE BASADO EN PROYECTO SOLICITUD PREVIA DE ORR CREEK COMMONS**

CDC administra el programa de asistencia de alquiler de vales basados en proyectos para 20 unidades ubicadas dentro de los apartamentos Orr Creek Commons ubicados en Brush Street en Ukiah.

**¡DETENER! POR FAVOR LEA CUIDADOSAMENTE**

Esta lista de espera también está abierta y disponible para familias/individuos que cumplan con los criterios para una de las preferencias identificadas a continuación. **Se debe enviar una carta de verificación de preferencia a CDC con la solicitud completa.**

MARQUE LA CASILLA A CONTINUACIÓN QUE CORRESPONDA

**PREFERENCIA DE SERVICIOS COMUNITARIOS DE REDWOOD (RCS)**

1. Familias que reciben servicios elegibles de RCS (comuníquese con RCS a continuación).
2. Si es elegible, RCS proporcionará al solicitante una carta de verificación de preferencia que debe adjuntarse a la solicitud cuando se envíe a CDC.

Si recibe servicios de Redwood Community Services y cree que puede calificar para esta preferencia, comuníquese con **Samantha Stafford con RCS al (707) 468-5536** para obtener más información.

***☐ Reúno los requisitos para la preferencia de RCS y mi carta de verificación de preferencia se adjunta a esta solicitud.***

**PREFERENCIA DE SALUD Y SERVICIOS HUMANOS (HHS)**

1. Familias que califican como población con necesidades especiales y son; personas sin hogar y elegibles para servicios a través del Departamento de Salud y Servicios Humanos, o familias/individuos que son clientes de Servicios de apoyo en el hogar (IHSS) atendidos por proveedores y personal de IHSS.
2. Si es elegible, HHS proporcionará al solicitante una carta de verificación de preferencia que debe adjuntarse a la solicitud cuando se envíe a CDC.

Si recibe servicios de Salud y Servicios Humanos y cree que puede calificar para esta preferencia, comuníquese con **Lola Fiegi con HHS al (707) 467-5809** para obtener más información.

***☐ Reúno los requisitos para la preferencia de HHS y mi carta de verificación de preferencia se adjunta a esta solicitud.***

## PRESENTACIÓN DE LA SOLICITUD:

Las solicitudes completas deben tener una carta de verificación de preferencia y una divulgación de información que incluya RCS o HHSA como un contacto adicional.

Todas las solicitudes enviadas sin una carta de verificación de preferencia serán devueltas por correo de primera clase con instrucciones sobre cómo volver a enviar la solicitud.

Las solicitudes deben enviarse a la Comisión de Desarrollo Comunitario del Condado de Mendocino ubicada en: **1076 N. State Street, Ukiah CA 95482** y pueden enviarse de la siguiente manera ;

- 🏠 Enviado directamente a la Comisión de Desarrollo Comunitario del Condado de Mendocino en la dirección mencionada anteriormente.
- 🏠 Deposite la solicitud en el buzón ubicado cerca de la puerta principal de los CDC en la dirección que se indica arriba.
- 🏠 Envíe la solicitud por correo a la dirección indicada anteriormente.
- 🏠 Envíe la solicitud por correo electrónico a: [info@cdchousing.org](mailto:info@cdchousing.org).
- 🏠 Envíe la solicitud por fax al (707) 463-4188

Las solicitudes se marcarán con la fecha y la hora cuando se presenten. La fecha y hora impresas en la solicitud serán la fecha y hora de su solicitud en esta lista de espera.

Límites de ingresos para 2022 - Vigente a partir del 18/04/2022		
Personas en Familia	Extremadamente bajo (30%)	Muy bajo (50%)
1	\$16,900	\$28,150
2	\$19,300	\$32,150
3	\$23,030	\$36,150
4	\$27,750	\$40,150
5	\$32,470	\$43,400
6	\$37,190	\$46,600
7	\$41,910	\$49,800
8	\$46,630	\$53,000

Todas las solicitudes recibidas de familias que superen los límites de ingresos mencionados anteriormente recibirán una notificación por correo denegando la admisión del hogar al programa.

HUD requiere que todos los miembros del hogar presenten evidencia de ciudadanía, estatus migratorio elegible o elijan no afirmar que uno tiene estatus elegible. Se solicitará evidencia del estado elegible cuando los CDC estén determinando la elegibilidad para recibir asistencia. Al menos un miembro del hogar debe ser un ciudadano elegible o tener un estatus migratorio elegible para calificar.

Ningún solicitante de asistencia para la vivienda será discriminado debido a una discapacidad. No se requiere que los solicitantes revelen una discapacidad, sin embargo, los beneficios para los cuales solo las personas con discapacidades son elegibles no se pueden proporcionar a menos que el participante revele su estado de discapacidad.



**Solicitud previa de PBV de Orr Creek Commons**  
**Comisión de Desarrollo Comunitario del Condado de Mendocino**

**Regresar a:** 1076 N. State St, Ukiah California 95482 fax (707) 463-4188 Teléfono (707) 463-5462  
 info@cdhousing.org

**NOTA:** DEBE completar todas las preguntas de esta solicitud; escriba " **Ninguna** " si la pregunta no se aplica a usted. Este formulario debe completarse con **tinta**, y su propia letra si puede. Use el nombre legal de cada persona que residirá en el hogar tal como aparece en su tarjeta de Seguro Social.

**POR FAVOR ESCRIBA EN LETRA DE MOLDE EN ESTA SOLICITUD**

Fecha \_\_\_\_\_ # de personas en celda del hogar \_\_\_\_\_ Teléfono de casa \_\_\_\_\_

Nombre \_\_\_\_\_

Físico Dirección: \_\_\_\_\_  
 Calle #/ correos Box \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado Código postal Código \_\_\_\_\_

¿Sin hogar?  si  no

**Dirección postal:**  Igual que arriba

Calle #/ correos Casilla \_\_\_\_\_ **AVISO: Debe notificar a CDC por escrito de cualquier cambio de dirección**

Estado de la Ciudad, Cremallera Código \_\_\_\_\_ **Si no podemos comunicarnos con usted por correo, su nombre será eliminado**

de la espera lista.

Nombre: Primero y último	Género	Ancianos: 62 +	Desactivado	Relación con la cabeza	Número de seguro social	Raza y etnicidad (ver códigos a continuación)	Fecha de nacimie nto
		<input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> norte	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	Jefe de hogar			
		<input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> norte	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N				
		<input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> norte	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N				
		<input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> norte	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N				
		<input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> norte	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N				

**\*\* NO está obligado a elegir una raza o etnia.**

**Carrera:** (1) blanco, (2) negro/afroamericano, (3) indio americano/nativo de Alaska, (4) asiático, 5) nativo hawaiano/ otro Pacífico Isleño **Etnia:** (A) Hispano o Latino, (B) No Hispano o latino

Fuentes de ingresos	Sí No	Miembro del hogar	Ingreso mensual
Seguro Social/SSI	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no		ps
TANF/Asistencia social	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no		ps
Beneficios para	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no		ps

veteranos			
Ingresos laborales	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no		ps
Beneficios de desempleado	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no		ps
Manutención de niños/pensión alimenticia	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no		ps
Ingresos de activos (intereses en cuentas bancarias, etc.)	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no		ps
Otra fuente de ingresos	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no		ps

OTRAS PREFERENCIAS	PREFERENCIA DE RECLAMO	MOTIVO DE LA RECLAMACIÓN
<p><b>VETERANO O CÓNYUGE SOBREVIVIENTE DE UN VETERANO</b></p> <p><i>*Si reclama esta preferencia, debe proporcionar una copia del DD214 (o equivalente) que muestre baja honorable (o equivalente) dentro de los 30 días calendario a partir de la fecha de envío de esta solicitud a CDC .</i></p>	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<p>N / A</p>
<p><b>VIVIR/O TRABAJAR EN EL CONDADO DE MENDOCINO</b></p>	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<p>N / A</p>
<p><b>DESASTRE NATURAL</b>          Las familias son elegibles para esta preferencia si han sido afectadas por un <b><u>desastre natural declarado por el estado o el gobierno federal.</u></b> como un incendio, inundación, terremoto u otra causa natural <b>y cumplir con <u>los tres criterios enumerados a continuación:</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> El desastre ocurrió en los últimos 24 meses, Y</li> <li><input type="checkbox"/> La vivienda del solicitante quedó inhabitable en el desastre, Y</li> <li><input type="checkbox"/> La familia no vive en una vivienda estándar, permanente y de reemplazo.</li> </ul> <p><i>*Se requerirá verificación adicional para calificar para esta preferencia.</i></p>	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<p>Si respondió sí a esta preferencia, enumere la siguiente información en el espacio proporcionado a continuación;</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Fecha aproximada del desastre,</li> <li>2. Si su casa quedó inhabitable, y</li> <li>3. Cuál es su situación de vida actual. No responda Sin hogar, sea más específico.</li> </ol>

**ACTIVOS: Cuentas de Cheques/Ahorros**

Sin activos

Tipo de activo: es decir, cheques/ahorros	Institución financiera	Valor en efectivo

¿Algún miembro del hogar con una discapacidad desea solicitar una adaptación razonable en este momento?

Sí  No **En caso afirmativo**, ¿qué alojamiento es? ¿solicitado? \_\_\_\_\_

¿Se requiere que algún miembro del hogar se registre como delincuente sexual?

Sí  No **En caso afirmativo**, nombre del hogar miembro:

\_\_\_\_\_

¿Algún miembro del hogar ha sido arrestado, acusado y/o condenado por un delito?  si  no

**En caso afirmativo**, nombre del hogar miembro : \_\_\_\_\_

¿Cuál fue el cargo, el resultado y el año?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**La información provista en este formulario puede ser verificada por la Autoridad de Vivienda.**

**ADVERTENCIA: EL TÍTULO 18, SECCIÓN 1001 DEL CÓDIGO DE LOS ESTADOS UNIDOS, ESTABLECE QUE ES UN DELITO PENAL REALIZAR DECLARACIONES FALSAS INTENCIONALES DE DECLARACIONES FALSAS A CUALQUIER DEPARTAMENTO O AGENCIA DE LOS EE. ENCARCELADO POR NO MÁS DE CINCO AÑOS O AMBOS .**

Por la presente **juro y doy fe** de que toda la información proporcionada en esta solicitud por mí y sobre mí es verdadera y correcta. Entiendo que debo informar cualquier cambio en los ingresos, bienes y composición familiar a la Autoridad de Vivienda por **escrito dentro de los 10 días de dicho cambio** .

Además, entiendo que debo notificar a la Autoridad de Vivienda por escrito dentro de los 10 días de cualquier miembro de la familia que se mude de la casa y para agregar a alguien al hogar debe ser aprobado por la Autoridad de Vivienda antes de mudarme aceptar nacimientos que deben informarse dentro de los 10 días siguientes al nacimiento.

**Además, entiendo que las declaraciones o la información falsa proporcionada por mí son punibles según las leyes federales y estatales y constituyen motivos para la denegación o terminación de mi asistencia de vivienda.**

\_\_\_\_\_  
Firma del jefe de familia

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma del cónyuge o codirector

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma de otro adulto

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma de otro adulto

\_\_\_\_\_  
Fecha



**Las personas que requieran una adaptación debido a una discapacidad pueden solicitar dicha adaptación en cualquier momento durante este proceso.**

