



¡DETÉNGASE! LEA CUIDADOSAMENTE

Marque la casilla a continuación por cada lista de espera a la cual desea aplicar

Complete la solicitud adjunta y devuelva todos los documentos al CDC a la dirección que se mencionó arriba, por fax (707) 463-4188 o al correo electrónico: info@cdchousing.org. Las solicitudes ORIGINALES se DEBEN enviar al CDC si las envía por fax o por correo electrónico. No presentar la solicitud original provocará el rechazo de su solicitud.

VALES DEL PROYECTO (PBV):

Lea los criterios de calificación que se indican más adelante

- **Baechtel Creek Village – SITIO PRINCIPAL**.....
1 y 2 habitaciones en WILLITS SOLAMENTE
El jefe de familia tiene que tener más de 55 años de edad
- **Fort Bragg – unidades de 2, 3 y 4 habitaciones**.....
2 habitaciones: Mínimo de 2 miembros en la familia
3 habitaciones: Mínimo 4 miembros de la familia
4 habitaciones: Mínimo de 6 miembros de familia
- **Ukiah – unidades de 3, 4 y 5 habitaciones**.....
3 habitaciones: Mínimo 4 miembros de la familia
4 habitaciones: Mínimo de 6 miembros de familia
5 habitaciones: Mínimo de 8 miembros de familia

Vale del proyecto: Cualquier solicitud que se reciba de las familias que sobrepasen los límites de ingresos, no son elegibles según la edad para Baechtel Creek Village o que carecen de la composición mínima para el grupo familiar (se indica más adelante), recibirán una notificación por correo rechazando la admisión de la familia en el programa.

El HUD requiere que todos los miembros de familia presenten evidencia de ciudadanía, estado migratorio elegible o que elijan no afirmar que uno tiene estatus elegible. La evidencia del estatus de elegibilidad se solicitará para cuando el CDC determine la elegibilidad para la asistencia. Al menos uno de los miembros de la familia tiene que ser ciudadano elegible o tener estatus migratorio elegible para calificar.

No se discriminará a ninguno de los solicitantes de la asistencia de vivienda debido a una discapacidad. No es necesario 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 divulgue su estado de discapacidad.



Las personas que necesiten un arreglo debido a una discapacidad pueden solicitar dicho arreglo en cualquier momento durante este proceso.



Límites de Ingresos

Hogar	Extremadamente bajos (Nivel de Pobreza Federal)	(50%) Muy bajos
1	\$ 12,800	\$ 21,350
2	\$ 16,020	\$ 24,400
3	\$ 20,160	\$ 27,450
4	\$ 24,300	\$ 30,450
5	\$ 28,440	\$ 32,900
6	\$ 32,580	\$ 35,350
7	\$ 36,730	\$ 37,800
8	\$ 40,200	\$ 40,200

Límites de Ingreso Efectivos el 3/28/2016



Las personas que necesitan una acomodación debido a una discapacidad pueden

pedir una acomodación en cualquier momento de este proceso.



PRE-SOLICITUD/ SOLICITUD DE INQUILINO
Community Development Commission of Mendocino County

Devuélva a: 1076 N State St, Ukiah CA 95482, Fax (707)463-4188, Teléfono (707) 463-5462
 info@cdhousing.org

NOTA: Todos las preguntas en esta solicitud se deben completar, escriba "**ninguno**" si la pregunta no se aplica a Ud. Debe completar este formulario con **tinta** (las personas que necesita una acomodación debido a una discapacidad pueden pedir una acomodación en cualquier momento de este proceso). Use el nombre legal de cada persona que vivirá en la unidad como aparece en la tarjeta de Seguro Social de cada persona.

Por favor escriba claramente en esta solicitud/si no podemos leerla, no será procesada.

Fecha _____ # de personas su familia _____ teléfono #1 _____ teléfono #2 _____

Nombre _____

Dirección física: _____

Dirección donde recibe su correo:

AVISO: Usted debe informar a Community Development Commission of Mendocino County (POR ESCRITO) de cualquier cambio de domicilio. Si no lo(a) podemos contactar, su nombre será retirada de la lista de espera.

Nombre primero, segundo, apellido	M/F	¿Declara ser persona de mayor edad o de ser discapacitado?	Relación a la cabeza de familia	Número de seguro social	Raza/Origen étnico <small>*vea los códigos abajo</small>	Fecha de nacimiento
		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Cabeza de Familia			
		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No				
		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No				
		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No				
		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No				

***No es necesario hacer una elección de raza u origen étnico. Raza:** (1) Blanco, (2) Negro/Afro Americano, (3) Indio Americano o Nativo de Alaska, (4) Asiático, (5) Nativo de Hawaii u otras islas del Pacífico origen **Étnico:** (A) Hispano/Latino, (B) No Hispano/No Latino

Fuentes de ingresos	Sí/No	Miembro del hogar	Ingreso Mensual
Seguro social/SSI	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		\$
TANF/Asistencia Monetaria	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		\$
Beneficios de veteranos	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		\$
Ingresos de empleo	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		\$
Beneficios del desempleo	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		\$
Manutención de niños/pensión alimenticia	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		\$
Ingresos de Activos (intereses de cuentas bancarias, etc.)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		\$
Otra Fuente de ingresos	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		\$

Preferencias	¿Reclama preferencia?	Motivo de reclamo- ¿por qué piensa que califica para esta preferencia?
Veterano o cónyuge sobreviviente de un veterano	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Desplazamiento involuntario	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Vivir /y o trabajar en el Condado de Mendocino	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Actual recipiente de "Shelter Plus Care" con 3 años de buena conducta	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	

¿Algún miembro del hogar con discapacidad desea pedir una acomodación razonable en este momento?
 Sí No **Si, sí,** ¿qué acomodación se solicita? _____

¿Algún miembro del hogar está obligado/a a registrarse como un ofensor sexual?
 Sí No **Si, sí,** nombre de miembro del hogar: _____

¿Algún miembro del hogar ha sido detenido por, cargado con o condenado de un delito criminal?
 Sí No **Si, sí,** nombre de miembro del hogar: _____

¿Cuál fue el resultado? _____

Por favor escriba:

Nombre completo de la cabeza de familia: _____

Nombre completo del esposo(a): _____

Nombre completo de otro adulto: _____

Nombre completo de la co-cabeza de familia: _____

Toda la información proporcionada en este formulario está sujeta a verificación por la autoridad de la vivienda.

ADVERTENCIA: TÍTULO 18, SECCIÓN 1001 DEL CÓDIGO DE ESTADOS UNIDOS, INDICA QUE ES UN DELITO CRIMINAL HACER DECLARACIÓN FALSA INTENCIONAL Y PREMEDITADA A CUALQUIER DEPARTAMENTO O AGENCIA DE LOS ESTADOS UNIDOS DE CUALQUIER ASUNTO DENTRO LA JURISDICCIÓN DE ESE DEPARTAMENTO O AGENCIA Y NO SERA MULTADA MÁS DE \$10,000 O ENCARCELADA POR NO MÁS DE CINCO AÑOS O AMBOS SANCIONES.

Por la presente **juro y doy** fe de que toda la información proporcionada en esta solicitud por mí y relacionada a mí es verdadera y correcta. Entiendo que debo informar la Autoridad de Vivienda de cualquier cambio en ingresos, activos, y composición de la familia por **escrito dentro de 10 días** de dicho cambio. Además, entiendo que tengo la obligación de notificar a la autoridad de vivienda por escrito dentro de 10 días si cualquier miembro de la familia se muda fuera de la casa y entiendo que para agregar a alguien a la casa la persona debe ser aprobada por la Autoridad de Vivienda antes de que esa persona se muda a la casa con la familia excepto los nacimientos que se deben declarar dentro de 10 días después del nacimiento. **También entiendo que las declaraciones falsas o información falsa proporcionada por mí son punibles bajo la ley federal y estatal, y constituyen motivo de rechazo o término de mi asistencia de vivienda.**

Firma de la Cabeza de Familia

Fecha

Firma del esposo/a o Co-Cabeza de Familia

Fecha

Firma de otro adulto

Fecha

Firma de otro adulto

Fecha



Las personas que necesitan una acomodación debido a una discapacidad pueden pedir una acomodación en cualquier momento de este proceso.

