



¡DETÉNGASE! LEA CUIDADOSAMENTE

Completa 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.**

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

1. VALES DE ELECCIÓN DE VIVIENDA (HCV)- Sección 8.....

2. VALES DEL PROYECTO BASADO (PBV):

Lea los criterios de calificación que se indican más adelante

- **Fort Bragg – unidades de 3 y 4 habitaciones**.....
 3 habitaciones: Mínimo de 4 miembros de la familia
 4 habitaciones: Mínimo de 6 miembros de la familia

Vale del proyecto basado: 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 determina 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 de 2017: efectivo 14/04/2017

Personas en familia	Extremadamente baja (30%)	Muy baja (50%)
1	\$12,650	\$21,050
2	\$16,240	\$24,050
3	\$20,420	\$27,050
4	\$24,600	\$30,050
5	\$28,780	\$32,500
6	\$32,960	\$34,900
7	\$37,140	\$37,300
8	\$39,700	\$39,700

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

Devuélva a: 1076 N State St, Ukiah CA 95482, Fax: (707)463-4188 Email: info@cdchousing.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**. 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 celular _____ teléfono de casa _____

Nombre _____

Dirección física: _____
Calle/ PO Box Ciudad Estado Código postal

¿Sin hogar? Sí o No

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.

Calle/ PO Box

Ciudad Estado Código postal

Nombre primero, segundo, apellido	Género	¿Declarar la condición de anciano o discapacidad ?	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	Jefe 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	
Las familias que han sido afectadas por un desastre natural o federal declarado como un incendio, inundación, terremoto u otra causa natural en la que la vivienda del solicitante fue inhabitable	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Las familias que se consideran viviendo en el lugar son aquellas que residen en una unidad donde el propietario aceptará el programa de cupones de elección de vivienda. (HCV ONLY)	<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 es así**, ¿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 del jefe de familia: _____

Nombre completo del esposo(a): _____

Nombre completo de otro adulto: _____

Nombre completo del co-jefe de familia: _____

Toda la información de este formulario será verificada por la Autoridad de 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. **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.

