



Community Development Commission of Mendocino County  
1076 N. State St., Ukiah, CA 95482

707/463-5462  
Fax: 707/463-4188  
TDD: California Relay 711

## ¡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.**

MAINSTREAM VOUCHER RENTAL ASSISTANCE PROGRAM.....

**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.



**Normas de pago de la tasa de éxito de 2017 efectivo 01/09/2017**

<b>Tamaño de la habitación</b>	<b>Pago estándar</b>	<b>2017 50% percentil FMR</b>
<b>0</b>	<b>\$883</b>	<b>\$803</b>
<b>1</b>	<b>\$969</b>	<b>\$881</b>
<b>2</b>	<b>\$1,282</b>	<b>\$1,166</b>
<b>3</b>	<b>\$1,816</b>	<b>\$1,651</b>
<b>4</b>	<b>\$2,064</b>	<b>\$1,877</b>
<b>5</b>	<b>\$2,375</b>	<b>\$2,158</b>

**Límites de ingresos de 2018: efectivo 01/04/2018**

<b>Personas en familia</b>	<b>Extremadamente baja (30%)</b>	<b>Muy baja (50%)</b>
<b>1</b>	<b>\$12,750</b>	<b>\$21,250</b>
<b>2</b>	<b>\$16,460</b>	<b>\$24,250</b>
<b>3</b>	<b>\$20,780</b>	<b>\$27,300</b>
<b>4</b>	<b>\$25,100</b>	<b>\$30,300</b>
<b>5</b>	<b>\$29,420</b>	<b>\$32,750</b>
<b>6</b>	<b>\$33,740</b>	<b>\$35,150</b>
<b>7</b>	<b>\$37,600</b>	<b>\$37,600</b>
<b>8</b>	<b>\$40,000</b>	<b>\$40,000</b>

**MAINSTREAM 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@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. Todas las personas de 18 años de edad y más deben firmar la solicitud para certificar que la información relacionada con ellos es correcta.

**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:**

\_\_\_\_\_  
Calle/ PO Box  
 \_\_\_\_\_  
Ciudad Estado Código postal

**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	Género	¿Declarar la condición de anciano o discapacidad ?	Relación a la cabeza de familia	Número de seguro social	Raza/ Origen étnico *vea los códigos abajo	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	Sí No	
Desplazamiento involuntario	Sí No	
Vivir /y o trabajar en el Condado de Mendocino	Sí 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	Sí No	
Las familias que están haciendo la transición fuera de entornos institucionales u otros entornos segregados, o que corren un grave riesgo de institucionalización, de personas sin hogar o en riesgo de quedarse sin hogar, se deben cumplir los criterios específicos.	Si 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 de la cabeza de familia: \_\_\_\_\_

Nombre completo del esposo(a): \_\_\_\_\_

Nombre completo de otro adulto: \_\_\_\_\_

Nombre completo de la co-cabeza de familia: \_\_\_\_\_

Todos los miembros del hogar de 18 años de edad y más deben revisar la información en este formulario y **DEBEN** firmar abajo. 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. 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.**

