



# Community Development Commission of Mendocino County

1076 N. State St., Ukiah, CA 95482

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

## ¡DETÉNGASE! LEA CUIDADOSAMENTE

Complete la solicitud adjunta y envíe todos los documentos a los CDC en persona o por correo a la dirección indicada anteriormente, por fax (707)463-4188 o por correo electrónico: info@cdhousing.org.

### VALES DEL PROYECTO (pbv):

Lea los criterios de calificación que se enumeran a continuación. SOLO marque la casilla si su hogar califica

- **Baechtel Creek Village - SITIO MAYOR - 55 O MAYORE** .....   
Apartamentos de 1 y 2 habitaciones en WILLITS SOLAMENTE
  
- **FORT BRAGG: unidades de 2, 3 y 4 habitaciones**.....   
2 habitaciones: Mínimo de 2 miembros en la familia  
3 habitaciones: Mínimo de 4 miembros en la familia  
4 habitaciones: Mínimo de 6 miembros en la familia
  
- **UKIAH: unidades de 3, 4 y 5 habitaciones**.....   
3 habitaciones: Mínimo de 4 miembros en la familia  
4 habitaciones: Mínimo de 6 miembros en la familia  
5 habitaciones: Mínimo de 8 miembros en la familia

**Vale del proyecto:** Cualquier solicitud que se reciba de familias que sobrepasan los límites de ingresos 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, estatus 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 2020 efectivo 12/1/19**

<b>Tamaño de la habitación</b>	<b>Pago estándar</b>	<b>2017 50% percentil FMR</b>
<b>0</b>	<b>\$952</b>	<b>\$866</b>
<b>1</b>	<b>\$1,056</b>	<b>\$960</b>
<b>2</b>	<b>\$1,963</b>	<b>\$1,262</b>
<b>3</b>	<b>\$1,963</b>	<b>\$1,785</b>
<b>4</b>	<b>\$2,286</b>	<b>\$2,079</b>
<b>5</b>	<b>\$2,629</b>	<b>\$2,391</b>

**Límites de ingresos de 2019: efectivo 04/24/2019**

<b>Personas en familia</b>	<b>Extremadamente baja (30%)</b>	<b>Muy baja (50%)</b>
<b>1</b>	<b>\$13,650</b>	<b>\$22,700</b>
<b>2</b>	<b>\$16,910</b>	<b>\$25,950</b>
<b>3</b>	<b>\$21,330</b>	<b>\$29,200</b>
<b>4</b>	<b>\$25,750</b>	<b>\$32,400</b>
<b>5</b>	<b>\$30,170</b>	<b>\$35,000</b>
<b>6</b>	<b>\$34,590</b>	<b>\$37,600</b>
<b>7</b>	<b>\$39,010</b>	<b>\$40,200</b>
<b>8</b>	<b>\$42,800</b>	<b>\$42,800</b>

**HCV and PBV 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	Discapacitado	Mayor - 62+	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	<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				
		<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	Sí No		\$

Preferencias	¿Reclama preferencia?	Motivo de reclamo- ¿por qué piensa que califica para esta preferencia?
<p><b>VETERANO O CONYUGE SOBREVIVIENTE DE UN VETERANO</b></p> <p>* Si reclama esta preferencia, debe proporcionar una copia del DD214 que muestre el licenciamiento honroso dentro de diez días calendarios a partir de la fecha de presentación de esta solicitud</p>	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
<p><b>VIVE /Y O TRABAJA EN EL CONDADO DE MENDOCINO</b></p>	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
<p><b>DESASTRE NATURAL:</b> Familias que han sido afectadas por un desastre natural como un incendio, inundación, terremoto u otra causa natural y;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• El desastre ocurrió en los últimos 24 meses, Y</li> <li>• La vivienda del solicitante quedó inhabitable en el desastre, Y</li> <li>• La familia no vive en una vivienda estándar, permanente y de reemplazo.</li> </ul> <p>* Si reclama esta preferencia, adjunte una declaración escrita de su situación de vivienda actual a ESTA solicitud.</p>	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<p>Si respondió que sí a esta pregunta, enumere la siguiente información en el espacio provisto a continuación;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• fecha aproximada del desastre,</li> <li>• si su casa quedó inhabitable, y</li> <li>• cuál es su situación de vida actual. No conteste sin hogar. Debes ser más específico.</li> </ul>

¿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? \_\_\_\_\_

**ACTIVOS:**  Sin activos

Tipo de activo: es decir, cuenta corriente / ahorro	Institución Financiera	Valor en efectivo

**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.

