



Community Development Commission of Mendocino
County

1076 N. State St., Ukiah, CA 95482

Ph: 707/463-5462
Fax: 707/463-4188

TDD: CA Relay711

PREA SOLICITUD DE VALE DE ELECCIÓN DE VIVIENDA

Fecha de apertura: 11 de mayo de 2021

¡Parar! POR FAVOR, LEA ATENTAMENTE

La lista de espera del Vale de Elección de Vivienda SOLO está abierta para que las familias lo soliciten si cumplen con los criterios de una de las preferencias que se enumeran a continuación.

Debe marcar la casilla de preferencias aplicable a continuación, que se aplica a su familia para poder ser elegible para ser colocado en esta lista de espera. Si no marca una casilla debajo de su solicitud será denegado y enviado de vuelta a usted por correo de primera clase.

PREFERENCIA DE LOS VETERANOS

VÍCTIMAS DE VIOLENCIA DOMÉSTICA Y QUE ACTUALMENTE VIVEN EN VIVIENDAS TRANSITORIAS: Familias que son víctimas de violencia doméstica y actualmente residen en viviendas transitorias administradas por la agencia de violencia doméstica.

PREFERENCIA DE EMERGENCIA POR DESASTRES NATURALES: Las familias que se han visto afectadas por un desastre natural ocurrido en los últimos 24 meses, como un incendio, inundación, terremoto u otra causa natural en la que la vivienda del solicitante quedó inhabitable, y la familia no vive en viviendas de reemplazo permanente estándar.



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



PRESENTACIÓN DE LA SOLICITUD:

Las solicitudes deben presentarse a la Comisión de Desarrollo Comunitario del Condado de Mendocino ubicada en: 1076 N. State Street, Ukiah CA 95482. Las oficinas de los CDC están actualmente cerradas al público, sin embargo, las solicitudes pueden presentarse a los CDC de la siguiente manera;

- 🏠 El 11 de mayo de 2021 a las 8:00 a.m. El personal de los CDC estará disponible fuera del edificio para responder cualquier pregunta y aceptar solicitudes. Se establecerán protocolos de distanciamiento social y seguridad y se requerirán y proporcionarán máscaras si es necesario.
- 🏠 Puede dejar caer la solicitud en el buzón de los CDC ubicado cerca de las puertas delanteras en 1076 North State Street, Ukiah CA, 95482
- 🏠 Puede enviar por correo la solicitud completada a la dirección indicada directamente anteriormente
- 🏠 Puede enviar por correo electrónico la solicitud completada a info@cdchousing.org, o
- 🏠 Puede enviar por fax la solicitud completa al (707) 463-4188

Las solicitudes serán estampadas en fecha y hora cuando se envíen. La fecha y hora estampadas en la solicitud será la fecha y hora de su solicitud.

Límites de ingresos de 2021: efectivo 04/01/2021	
Personas en familia	Muy baja (50%)
1	\$25,350
2	\$28,950
3	\$32,550
4	\$36,150
5	\$39,050
6	\$41,950
7	\$44,850
8	\$47,750

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.

HCV PRE-APLICACIÓN
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	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		\$

¿Vives y/o trabajas en el condado de Mendocino? 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? _____

¿Vives y/o trabajas en El Condado de Mendocino? Si No

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.



EQUAL HOUSING OPPORTUNITY