



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

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

## Solicitud de cupón basado en proyectos para la lista de espera de Walnut Apartments

**311 Walnut Street, Fort Bragg, Ca. 95437**

El programa de vales basado en proyectos proporciona asistencia para el alquiler a los hogares que se mudan a una unidad de vales basada en proyectos ubicada dentro del complejo Walnut Apartments en FORT BRAGG. Esta solicitud debe presentarse durante los siguientes horarios de apertura y cierre de la lista de espera.

**Fecha/hora de apertura de la lista de espera: 15 de abril de 2025 a las 8:00 a.m.**

**Fecha/hora de cierre de la lista de espera: 29 de abril de 2025 a las 17:00 h.**

### REQUISITOS DE ELEGIBILIDAD DE INGRESOS

Los solicitantes elegibles deben estar en o por debajo de los límites de ingresos que se muestran según el tamaño de la familia.

Personas en familia	Límite de ingresos
1	\$32,900
2	\$37,600
3	\$42,300
4	\$46,950
5	\$50,750
6	\$54,500
7	\$58,250
8	\$62,000

### ¿PREGUNTAS? ¡CONTÁCTENOS, ESTAMOS AQUÍ PARA AYUDAR!

Teléfono: (707) 463-5462 ext. 101  
1(800) 545-5730  
Relé TDD CA 711

Fax: (707) 463-4188  
Correo electrónico: [info@cdchousing.org](mailto:info@cdchousing.org)  
Sitio web: [www.cdchousing.org](http://www.cdchousing.org)

Los servicios de traducción están disponibles. Llame al (707) 463-5462



### CÓMO PRESENTAR UNA SOLICITUD

Las solicitudes completas DEBEN enviarse directamente a la Comisión de Desarrollo Comunitario (CDC) del Condado de Mendocino **durante las fechas de apertura y cierre de la lista de espera identificadas anteriormente**. La solicitud se puede presentar a 1076 North State Street, Ukiah, CA. 95482, por fax al (707) 463-4188, o enviar la solicitud por correo electrónico a [info@cdchousing.org](mailto:info@cdchousing.org).

# Solicitud de cupón basado en proyectos para la lista de espera de Walnut Apartments

311 Walnut Street, Fort Bragg, Ca. 95437

## ESTADO DE DISCAPACIDAD

Ningún solicitante de asistencia para la vivienda será discriminado debido a una discapacidad. Los solicitantes no están obligados a revelar una discapacidad, sin embargo, los beneficios para los que solo las personas con discapacidades son elegibles no se pueden proporcionar a menos que el participante revele su estado de discapacidad.

## PREGUNTAS FRECUENTES

**¿Qué pasa cuando mi nombre llega a la parte superior de la lista de espera?** Los CDC le enviarán una carta solicitando información adicional. Asegúrese de enviar, por escrito, cualquier cambio en su dirección directamente a los CDC. Esto garantiza que reciba esta correspondencia.

**He solicitado esta lista de espera, ¿cuánto tiempo tardaré en recibir asistencia?** El período de espera depende de cuándo haya unidades vacantes ubicadas en Walnut Apartments. Los CDC no tienen forma de saber cuánto tiempo durará la espera.

**¿Cómo cambio mi dirección con los CDC?** Debe presentar por ESCRITO cualquier cambio en su dirección a los CDC. No llame. Para enviar un cambio de dirección en persona, complete un formulario de cambio de dirección en nuestra oficina local.  
Comisión de Desarrollo Comunitario de Mendocino  
1076 North State Street  
Ukiah CA. 95482

De lo contrario, presente una breve declaración escrita que incluya el nombre completo del jefe de familia, su dirección anterior, su nueva dirección y su número de teléfono. Puede enviar el cambio por correo, fax ((707)463-4188) o correo electrónico ([info@cdchousing.org](mailto:info@cdchousing.org)) a los CDC. Si no actualiza su dirección con los CDC, su nombre será eliminado de todas las listas de espera.

**Necesito asistencia para el alquiler hoy, ¿cómo pueden ayudarme los CDC?** Desafortunadamente, los CDC no tienen fondos de vivienda de emergencia.

**¿Puedo agregar o eliminar otros de mi aplicación?**

Puede agregar o eliminar personas de su solicitud enviando el cambio por escrito a los CDC. Incluya el nombre, la dirección, el número de teléfono del jefe de familia y la información que se va a cambiar.

**¿Cómo cancelo o retiro mi solicitud?** Usted puede cancelar su solicitud en cualquier momento informando a los CDC por escrito de sus deseos. Al cancelar su solicitud, incluya el nombre, la dirección y el número de teléfono del jefe de familia.

**¿Qué pasa si tengo necesidades especiales?** Por favor, díganos si necesita asistencia de cualquier tipo para acceder a nuestros servicios, y avísenos si necesita características especiales en su vivienda. Por ejemplo, a menudo podemos proporcionar accesibilidad para sillas de ruedas a la oficina o entrevistas personalizadas. Si necesita un intérprete o un traductor, díganos y le proporcionaremos uno. Haremos todo lo posible para satisfacer sus necesidades.

**¿Pueden los CDC negar la asistencia?** Sí. Incluso si ha presentado una solicitud, la ley y las regulaciones federales exigen que los CDC rechacen la asistencia si usted no califica para el programa.



Personas que requieren una adaptación debido a una discapacidad puede solicitar dicha adaptación en cualquier momento  
Durante este proceso



**Apartamentos en Walnut - PBV Pre-Solicitud**

**Comisión de Desarrollo Comunitario del Condado de Mendocino**

**Volver a:** 1076 N. State St, Ukiah CA 95482 Fax: (707) 463-4188 Teléfono: (707) 463-5462

Correo electrónico: [info@cdhousing.org](mailto:info@cdhousing.org)

**NOTA:** Todas las preguntas de esta solicitud DEBEN completarse; escriba "NA" si la pregunta no se aplica a usted. Este formulario debe completarse con tinta. Use el nombre legal de cada persona que residirá en la unidad tal como aparece en su tarjeta de Seguro Social. El Jefe de Familia debe firmar esta solicitud.

Fecha: \_\_\_\_\_ Teléfono celular: \_\_\_\_\_ Teléfono de la casa: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Correo electrónico: \_\_\_\_\_

Dirección física: \_\_\_\_\_  
Calle #/ Apartado Postal Ciudad Estado Código postal

Dirección postal: Igual que la anterior

Calle #/ P.O. Box \_\_\_\_\_

Ciudad, Estado, Código Postal \_\_\_\_\_

Code \_\_\_\_\_

Recuerde notificar a la Comisión de Desarrollo Comunitario por escrito de cualquier cambio de dirección. Si no podemos comunicarnos con usted por correo, su nombre será eliminado de esta lista de espera.

Nombre Primero, Apellido	Género	Personas mayores: 62 +	Deshabilitado	Relación con el cabeza de familia	Número de Seguro Social	Fecha de nacimiento
		<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Cabeza de familia		
		<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No			
		<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No			
		<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No			
		<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No			

**Raza/etnia:** Marque la raza y la etnia aplicables al cabeza de familia mencionado anteriormente.

1. Raza (marque la casilla correspondiente):  Blanco,  Asiático,  Nativo de Hawái/Otras Islas del Pacífico,  Negro/Afroamericano,  Indio Americano/Alaska

2. Origen étnico (marque la casilla correspondiente):  Hispano o Latino o  No Hispano o Latino

Fuente de ingresos	Sí/No	Miembro del hogar	Ingreso Mensual
Seguro Social/SSI	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		\$
TANF/Bienestar	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		\$
Beneficios para Veteranos	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		\$
Ingresos del Trabajo	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Nombre del empleador:	\$
Prestaciones por desempleo	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		\$
Manutención de los hijos/Pensión alimenticia	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		\$
Intereses o dividendos devengados sobre activos	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		\$
Otras fuentes de ingresos	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		\$

## APARTAMENTOS EN WALNUT PBV PRE-APLICACIÓN

<b>PREFERENCIAS</b> Los CDC darán preferencia en esta lista de espera a los hogares que cumplan con una o más de las preferencias que se indican a continuación. <b>MARQUE SÍ A TODAS LAS PREFERENCIAS QUE CORRESPONDAN.</b> La verificación de estas preferencias se obtendrá cuando se seleccione un hogar de la lista de espera.	<b>MARQUE SÍ O NO A CONTINUACIÓN</b>
<b>VETERANO O CÓNYUGE SOBREVIVIENTE DE UN VETERANO</b> Los solicitantes que califiquen para esta preferencia deberán proporcionar una copia de un DD214 que muestre una baja honorable o equivalente. Para el cónyuge sobreviviente de un veterano, se requerirá un certificado de matrimonio y defunción junto con el DD214.	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
<b>VIVIR Y/O TRABAJAR EN EL CONDADO DE MENDOCINO</b>	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
<b>PREFERENCIA DE EMERGENCIA POR DESASTRE NATURAL</b> Los solicitantes calificarán para esta preferencia si: <ul style="list-style-type: none"> <li>Han sido afectados por un desastre natural <u>declarado por el gobierno federal o estatal</u>, como un incendio, inundación, terremoto u otra causa natural, Y</li> <li>La vivienda del solicitante quedó inhabitable, Y</li> <li>El desastre natural ocurrió en los últimos 24 meses, Y</li> <li>No se ha obtenido una vivienda de reemplazo permanente.</li> </ul> <p>Se deben proporcionar documentos como los registros de FEMA, los registros del Departamento de Bomberos y los contratos de alquiler para calificar para esta preferencia</p>	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

**Contacto de emergencia o administrador de casos**

Nombre: Agencia \_\_\_\_\_ o Relationship \_\_\_\_\_

Número de teléfono: \_\_\_\_\_ correo electrónico: \_\_\_\_\_

**¿Algún miembro del hogar con una discapacidad desea solicitar una adaptación razonable en este momento?**

En caso afirmativo, ¿qué alojamiento se solicita?

---

**APARTAMENTOS EN WALNUT PBV PRE-APLICACIÓN**

**CONSENTIMIENTO Y FIRMA**

Por la presente juro **y doy fe** de que toda la información proporcionada en esta solicitud por mí y sobre mí es verdadera y correcta. Entiendo que debo informar cualquier cambio en los ingresos, activos y cambios en la composición familiar (agregando o eliminando miembros del hogar) a la Autoridad de Vivienda por escrito dentro de los 10 días calendario posteriores a dicho cambio. **Además, entiendo que las declaraciones falsas o la información proporcionada por mí son punibles según las leyes federales y estatales y constituyen motivos para la denegación o terminación de la asistencia para el alquiler.**

\_\_\_\_\_  
Firma del Jefe de Familia

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma del cónyuge o co-jefe

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma de otro adulto

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma de otro adulto

\_\_\_\_\_  
Fecha

**VOLCAR**



Community Development  
Commission of Mendocino County

1076 North State Street  
Ukiah CA 95482

# INSCRIBIRSE

**¡PARA RECIBIR MENSAJES DE TEXTO Y LLAMADAS TELEFÓNICAS AUTOMATIZADAS DEL CDC!**

## COMPLETE LA INFORMACIÓN A CONTINUACIÓN

**Nombre de la cabeza familia  
(nombre y apellido):**

**Número de teléfono**

**Correo electrónico**

**Idioma preferido:**

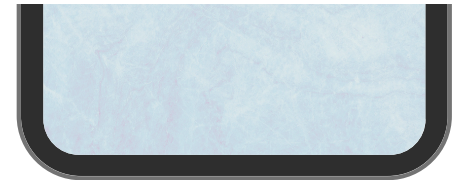
Inglés     Español     Otro: \_\_\_\_\_

**¿Cómo te gustaría recibir las notificaciones?**

Mensaje de texto     Llamada telefónica     Ambos



**¡Reciba mensajes de texto y llamadas telefónicas sobre su estado en la lista de espera, cuando su solicitud haya sido seleccionada y notificaciones importantes sobre nuestros programas de asistencia de alquiler!**



## OPTAR POR INGRESAR O EXCLUIRSE (marque una casilla)

- Aceptar a Participa**
- Exclusión Voluntaria**

Al marcar "Aceptar", acepta los términos del servicio y la política de privacidad y recibir mensajes de texto o llamadas telefónicas al número proporcionado por CDC. La frecuencia de los mensajes varía. Pueden aplicarse tarifas por mensajes y datos. Recibirá una carta de confirmación de CDC para completar su aceptación.

**¿PREGUNTAS? ¡Llámenos!  
(707) 463-5462**

**Firma de la cabeza familiar**

**Fecha**