

2024-25 Community Development Block Grant Declaración de Requisitos para Beneficiarios



Esta forma tiene el propósito de proveer la información necesaria de requisitos para el uso de fondos monetarios del programa de Community Development Block Grant para los siguientes proyectos. Esta declaración debe ser completada y firmada por la persona (guardián legal o tutor) que solicita recibir los beneficios de las siguientes actividades antes que los servicios sean proporcionados.

Agencia/Programa

Proyecto de la Ciudad Programa/Servicio: _____ Otra Agencia Programa/Servicio: _____

Cada una de las siguientes preguntas deber ser contestada:

Una familia es un grupo de personas relacionadas o no relacionadas entre si viviendo en la misma casa con al menos un miembro representado como encargado de la casa. Inquilinos, huéspedes, o abonados no pueden ser incluidos como miembros de la familia.

- 1) **Cuántas personas hay en su familia?** _____
- 2) **Es usted la hembra y cabeza del hogar o reside en un hogar donde la cabeza del hogar es una hembra?** Si No
- 3) **Favor de indicar como se identifica usted.** Si usted es parte Hispano, marque Hispano a la apropiada categoría.
- 4) **Personas sin hogar:** Si No **Con discapacidad:** Si No

| | Hispanic | Non-Hispanic | | Hispanic | Non-Hispanic |
|--|--------------------------|--------------------------|---|--------------------------|--------------------------|
| Blanco | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Negro/Afro-Americano | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Asiatico | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Indio Americano/Nativo de Alaska | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Negro/Afro-Americano y Blanco | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Indio Americano/Nativo de Alaska y Blanco | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Asiatico y Blanco | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Indio Americano/Nativo de Alaska y Afro-Americano | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Nativo de Hawaii/de otros isles del Pacifico | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Other _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

- 5) **Sume por favor los ingresos brutos anuales combinados de todas las personas en su hogar y de todas las fuentes de los ingresos** (para esta pregunta la lista de 2024 de categorías de bajos y moderado ingresos se presenta abajo– ver a limitada clientela presumido. Los ingresos representan el 2024-25 Sección 8 ingresos del Condado de San Bernardino).

Verificación de Ingresos (marque todos los que aplican)

- Empleo: \$ _____ SSI/SSDI: \$ _____
- Empleo Secundario: \$ _____ Mantenimiento de hijo/s \$ _____
- Desempleo: \$ _____ TANF: \$ _____ Estampillas de Comida: \$ _____
- Other: \$ _____
- INGRESO BRUTO ANUAL TOTAL: \$ _____**

| # de personas en su familia | 1 persona Menos de | 2 personas Menos de | 3 personas Menos de | 4 personas Menos de | 5 personas Menos de | 6 personas Menos de | 7 personas Menos de | 8 personas Menos de |
|---|---|---|--|---|---|--|---|---------------------------------|
| Extremo Bajo | <input type="radio"/> \$21,550 | <input type="radio"/> \$24,600 | <input type="radio"/> \$27,700 | <input type="radio"/> \$31,200 | <input type="radio"/> \$36,580 | <input type="radio"/> \$41,960 | <input type="radio"/> \$47,340 | <input type="radio"/> \$52,750 |
| Muy Bajo | <input type="radio"/> \$35,900 | <input type="radio"/> \$41,000 | <input type="radio"/> \$46,100 | <input type="radio"/> \$51,250 | <input type="radio"/> \$55,350 | <input type="radio"/> \$59,450 | <input type="radio"/> \$63,550 | <input type="radio"/> \$67,650 |
| Bajo | <input type="radio"/> \$57,400 | <input type="radio"/> \$65,600 | <input type="radio"/> \$73,800 | <input type="radio"/> \$82,000 | <input type="radio"/> \$88,600 | <input type="radio"/> \$95,150 | <input type="radio"/> \$101,650 | <input type="radio"/> \$108,250 |
| Clientela Limitada (si aplica a su familia) | <input type="radio"/> niños maltratados | <input type="radio"/> esposa/o golpeado | <input type="radio"/> persona de edad avanzada | <input type="radio"/> persona sin hogar | <input type="radio"/> adulto con discapacidad | <input type="radio"/> persona analfabeta | <input type="radio"/> campesino emigrante | 2024 Income Limits |

RECONOCIMIENTO

Yo certifico bajo perjurio penal que el ingreso y las declaraciones de la familia mencionados en esta forma son verdaderos. La información que se provee en esta forma es solo para los propósitos del programa CDBG y será confidencial.

Nombre: _____ Teléfono: (_____) _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Código Postal: _____

Firma: _____ Fecha: _____