

2026-27 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	☐	☐	Negro/Afro-Americano	☐	☐
Asiático	☐	☐	Indio Americano/Nativo de Alaska	☐	☐
Negro/Afro-Americano y Blanco	☐	☐	Indio Americano/Nativo de Alaska y Blanco	☐	☐
Asiático y Blanco	☐	☐	Indio Americano/Nativo de Alaska y Afro-Americano	☐	☐
Nativo de Hawaii/de otros isles del Pacifico	☐	☐	Other	☐	☐

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 2026 de categorías de bajos y moderado ingresos se presenta abajo– ver a limitada clientela presumido. Los ingresos representan el 2026-27 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	○ \$25,850	○ \$29,550	○ \$33,250	○ \$36,900	○ \$39,900	○ \$44,360	○ \$50,040	○ \$55,720
Muy Bajo	○ \$43,050	○ \$49,200	○ \$55,350	○ \$61,500	○ \$66,450	○ \$71,350	○ \$76,300	○ \$81,200
Bajo	○ \$68,900	○ \$78,750	○ \$88,600	○ \$98,400	○ \$106,300	○ \$114,150	○ \$122,050	○ \$129,900
Clientela Limitada (si aplica a su familia)	○ niños maltratados	○ esposa/o golpeado	○ persona de edad avanzada	○ persona sin hogar	○ adulto con discapacidad	○ persona analfabeta	○ campesino emigrante	2026 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: _____