



Ciudad de Albany
Programa de Subsidio en Bloque para el Desarrollo
Comunitario

FORMATO DE CERTIFICACIÓN DEL CLIENTE 202(

La ciudad de Albany otorgó el Subsidio en Bloque para el Desarrollo Comunitario (CDBG en inglés) del Departamento de Vivienda y Desarrollo Urbano de los Estados Unidos (HUD en inglés) a la agencia que proporciona servicios. HUD requiere esta información sobre cada beneficiario atendido para garantizar que el programa está cumpliendo los objetivos nacionales del programa de CDBG para atender a los residentes con ingresos bajos y moderados de Albany.

1. **RESIDENCIA.** ¿Vive dentro de los límites de la ciudad de Albany? Sí No

Si usted es menor de 18 años, el formato debe ser llenado por su(s) padre(s) o tutor legal si es posible.

2. **RAZA Y GRUPO ÉTNICO.** HUD requiere esta información para todos los beneficiarios del programa.

Marque la casilla o las casillas a un lado de su raza que correspondan.

- Indio americano o nativo de Alaska (orígenes en América del N., S. y Central)
- Asiático (orígenes en el Lejano Oriente, sureste de Asia, subcontinente indio)
- Afroamericanos (orígenes en África)
- Hawaiano nativo o de otras islas del Pacífico
- Caucásica (orígenes en Europa, Medio Oriente o el norte de África)

<p align="center"><u>¿Usted es hispano o latino?</u></p> <p><input type="checkbox"/> Sí</p> <p><input type="checkbox"/> No</p>
--

3. **INGRESOS DEL HOGAR.** La asistencia que reciba está determinada en parte por el tamaño de su hogar y el ingreso de su hogar.

- 1ro: encierre el tamaño de su hogar (# total, incluyéndose usted mismo, que viven en el hogar).
- 2do: calcule su ingreso ANUAL. Si su ingreso no ha cambiado desde su última declaración de impuestos, use el ingreso bruto ajustado reportado en su última declaración de impuestos IRS (1040 o EZ). **Proporcione la declaración de impuestos u otra verificación de ingresos a la agencia de la que está solicitando servicios.**
- 3ro: en la columna que coincide con el tamaño de su hogar, encierre el número que sea **mayor que su ingreso bruto ajustado anual y el más cercano a su ingreso anual.**

<p><u>¿Qué se considera ingreso?</u> Salarios brutos, horas extra, pagos del seguro social, jubilación, discapacidad, pensión alimenticia, pensión alimenticia, desempleo; <u>pero no</u> cupones para alimentos o pagos globales como indemnizaciones de seguros.</p>
--

Por ejemplo, si hay 2 personas en su hogar, y el ingreso del hogar combinado es de \$2 ,000, encierre \$3 , 00.

MSA de Albany, OR	Personas en el hogar							
	1	2	3	4	5	6	7	8
Límites de ingresos HUD al 1º de abril de 2024								
Ingreso extremadamente bajo	\$1 , 0	\$	\$2	\$	\$	\$	\$	\$
50% de ingreso promedio	\$29,750	\$34,000	\$38,250	\$42,450	\$45,850	\$49,250	\$52,650	\$56,050
80% de ingreso promedio	\$47,550	\$54,350	\$61,150	\$67,900	\$73,350	\$78,800	\$84,200	\$89,650
> que el 80% de ingreso promedio	Se excede	Se excede	Se excede	Se excede	Se excede	Se excede	Se excede	Se excede

4. **PRESUNTOS INGRESOS BAJOS-MODERADOS:** Marque todas las casillas que están a un lado de cualquier situación que correspondan a usted o a la persona que solicita servicios. Si no corresponde ninguna de estas, salte a la #5.

- Personas sin hogar
- Niños maltratados
- Personas mayores (De 62 años y más)
- Cónyuges maltratados
- Trabajadores agrícolas migrantes
- Personas analfabetas
- Personas con discapacidad: usaron una silla de ruedas u otra ayuda especial por 6 meses o más; no pueden trabajar en un empleo o realizar tareas domésticas; o tienen alguna condición seleccionada (autismo, parálisis cerebral, enfermedad de Alzheimer, senilidad o demencia); o alguna discapacidad intelectual o del desarrollo; o no pueden llevar a cabo alguna o más actividades funcionales o necesitan ayuda con alguna actividad de la vida diaria (ADL en inglés); o si tienen 65 años o menos y están cubiertos por Medicare o reciben SSI (ingreso suplementario de seguridad).

Entre las actividades funcionales se incluyen: ver, escuchar, entender el habla de uno, levantar y cargar, subir un tramo de escaleras y caminar.

Entre las ADL se incluyen: moverse dentro de la casa, acostarse y levantarse de la cama o de una silla, bañarse, vestirse, comer e ir al baño; y salir de casa, hacer un seguimiento del dinero o las cuentas, preparar comidas, realizar tareas domésticas pequeñas y usar el teléfono.

5. **VERIFICACIÓN NECESARIA DE INGRESOS BAJOS-MODERADOS:** Salvo que califique como clientela con presuntos beneficios en el 4 anterior, **debe proporcionar verificación de ingresos a la agencia que le proporciona asistencia cada 12 meses.**

- Si tiene hijos, ¿califican para recibir alimentos gratuitos o a precio reducido? _____ Si la respuesta es sí, escriba el nombre de la escuela: _____; O
- Si califica para recibir los beneficios de TANF o SNAP, proporcione esa documentación a la agencia, O
- Si recibe SSI, proporcione esa documentación, O
- Proporcione la última declaración de impuestos federal si el ingreso de su hogar no ha cambiado desde la presentación, O
- Proporcione una copia de los últimos recibos de pago o ingreso de jubilación de todos los miembros del hogar mayores de 18 años, o si está desempleado, proporcione una copia del último subsidio de desempleo; Y
- Si recibe beneficios de seguridad social y/o para veteranos o pensión alimenticia, proporcione una copia de los últimos pagos de cada miembro del hogar.

6. **OTRA INFORMACIÓN.** Marque todos los campos que correspondan a usted o a alguien en su hogar.

	Usted	Miembro del hogar
Hogar encabezado por una mujer:	_____	_____
El jefe del hogar tiene 62 años o más:	_____	_____

7. **CERTIFICACIÓN DEL CLIENTE.** CON MI FIRMA, RECONOZCO QUE TODA LA INFORMACIÓN QUE HE PROPORCIONADO ES VERDADERA Y CORRECTA SEGÚN MI LEAL SABER Y ENTENDER. SOY CONSCIENTE DE QUE REALIZAR UNA DECLARACIÓN FALSA PARA OBTENER BENEFICIOS A LOS QUE NO TENGO DERECHO ES UN DELITO Y PUEDE SUJETARME TANTO A SANCIONES CIVILES Y PENALES COMO A LA DEVOLUCIÓN DE LOS FONDOS FEDERALES RECIBIDOS. COMPRENDO QUE LA INFORMACIÓN DE ESTE FORMATO ESTÁ SUJETA A VERIFICACIÓN POR PARTE DE HUD O LA CIUDAD COMO PARTE DE LA SUPERVISIÓN DEL CUMPLIMIENTO.

FIRMA: _____ **FECHA:** _____