



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

**FORMATO DE CERTIFICACIÓN DEL CLIENTE 2024**

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><b><u>¿Qué se considera ingreso?</u></b>          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 \$28,000, encierre \$34,000.

MSA de Albany, OR	Personas en el hogar							
	1	2	3	4	5	6	7	8
<b>Límites de ingresos HUD al 1º de abril de 2024</b>								
Ingreso extremadamente bajo	\$17,850	\$20,400	\$22,950	\$25,450	\$27,500	\$29,550	\$31,600	\$33,600
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.

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Personas sin hogar                  | <input type="checkbox"/> Cónyuges maltratados             |
| <input type="checkbox"/> Niños maltratados                   | <input type="checkbox"/> Trabajadores agrícolas migrantes |
| <input type="checkbox"/> Personas mayores (De 62 años y más) | <input type="checkbox"/> 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:** \_\_\_\_\_