

Forma de certificación para el cliente 2016
PROGRAMA COMUNITARIO PARA EL DESARROLLO DE MANZANAS DE LA CIUDAD DE ALBANY

Agencia y programa: _____ Fecha: _____

Nuestra agencia está recibiendo un subsidio para el desarrollo comunitario de manzanas (CDBG) establecido por parte del Departamento de Vivienda y Desarrollo Urbano de los Estados Unidos (HUD). HUD requiere de la siguiente información para asegurarse de que el solicitante cumpla con los objetivos nacionales del programa CDBG y asegurarse de que califica para participar en dicho programa.

1. **RESIDENCIA.** ¿Vive Ud. dentro de los límites de la ciudad de Albany (Encierre en un círculo)? Sí No
2. **COMPROBANTE DE INGRESOS.** En el primer renglón de la tabla adjunta, favor de **encerrar en un círculo el tamaño de la familia** (el total de los integrantes que viven en la casa, incluyéndose usted), vea las tres cantidades que están debajo de la columna que ha seleccionado. Enseguida, **encierre en un círculo la cantidad que sea más alta que su ingreso anual y la más cercana a dicho ingreso.** Por ejemplo, hay dos personas viviendo en la casa y su ingreso anual es de \$20,000 dólares, deberá de encerrar en un círculo la cantidad de \$21,450 dólares.

Albany 2015	Número de personas viviendo en el hogar							
Límite de ingreso HUD	1	2	3	4	5	6	7	8
30% del ingreso medio	\$11,880	\$16,020	\$20,160	\$24,300	\$28,440	\$31,100	\$33,250	\$35,400
50% del ingreso medio	\$18,800	\$21,450	\$24,150	\$26,800	\$28,950	\$31,100	\$33,250	\$35,400
80% del ingreso medio	\$30,050	\$34,350	\$38,650	\$42,900	\$46,350	\$49,800	\$53,200	\$56,650

3. **INFORMACIÓN RACIAL Y ETNICA.**

Raza: Favor de marcar la casilla correspondiente (Puede marcar más de una casilla).

- Indígena americano o nativo de Alaska
- Asiático
- Negro o afroamericano
- Nativo de Hawái u otra isla del Pacífico
- Blanco

Etnia. Favor de marcar la casilla correspondiente (Herencia cultural, nacionalidad):

- Hispano o latino
- No hispano o latino

4. **INFORMACIÓN ADICIONAL.** Favor de marcar todos los que le corresponden a usted o a alguien de su familia.

	Usted	Familiar
Hogar encabezado por una mujer:	_____	_____
Persona de nuestra familia sin hogar (incluyendo adolescentes), o familia con niños:	_____	_____
Personas ancianas (de 65 años en adelante)	_____	_____

5. **CERTIFICACIÓN DEL CLIENTE.** Certifico que la información proporcionada en esta solicitud es verdadera y exacta de acuerdo a mis conocimientos.

FIRMA O INICIALES: _____