



**Forma de certificación para el cliente 2020
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.

- RESIDENCIA.** ¿Vive Ud. dentro de los límites de la ciudad de Albany (Encierre en un círculo)? Sí No
- 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 \$24,000 dólares, deberá de encerrar en un círculo la cantidad de \$25,800 dólares.

Albany, Oregon MSA	Número de personas viviendo en el hogar							
2020 Límite de ingreso HUD	1	2	3	4	5	6	7	8
30% del ingresos medio	\$13,550	\$15,500	\$17,450	\$19,350	\$20,900	\$22,450	\$24,000	\$25,550
50% del ingreso medio	\$22,600	\$25,800	\$29,050	\$32,250	\$34,850	\$37,450	\$40,000	\$42,600
80% del ingreso medio	\$36,150	\$41,300	\$46,450	\$51,600	\$55,750	\$59,900	\$64,000	\$68,150

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

Etnica. 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:	_____	_____
Personas ancianas (de 62 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: _____