



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             |
| <input type="checkbox"/> 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 <u>menos</u> 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.

	<b>Usted</b>	<b>Miembro del hogar</b>
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:** \_\_\_\_\_