

Programa de Servicio Público - Auto certificación de ingresos

Nombre de la actividad: COMMUNITY SERVICES

Departamento/Agencia: City of Fresno P.A.R.C.S.

Nombre de el participante/beneficiario: _____

ANOS: _____

Este programa de servicio público se financia con fondos de la beca de desarrollo comunitario (CDBG) a través de el programa de el departamento de viviendas y desarrollo urbano (HUD) y está sujeto a requisitos de ingresos y colección de datos federales.

Instrucciones

- **Parte I** – Completado por el participante/beneficiario.
- **Parte II** – Completado por el participante/beneficiario. Después de completar parte I y II, la persona que llene el formulario debe leer el lenguaje de certificación legal, firmar y fechar el formulario.
- **Parte III** – Completado por el personal de el programa para certificar que: 1) el participante/beneficiario identificado en la parte I, haya sido certificado en la parte II, a tener ingresos iguales o menores de el 80% de el limite de ingresos basado en el tamaño de el hogar según se ha publicado en los limites mas recientes de HUD , o 2) el participante/beneficiario no es elegible y ningún servicio fue proveído.

Parte I: Información confidencial demográfica de el participante / beneficiario de HUD (Esta sección es voluntaria)		
Origen étnico (seleccione uno)	<input type="checkbox"/> No hispanos	<input type="checkbox"/> Hispano
Raza	(Seleccione uno)	
Blanco	<input type="checkbox"/>	
Negro/Afro Americano	<input type="checkbox"/>	
Asiático	<input type="checkbox"/>	
Indio Americano/Nativo de Alaska	<input type="checkbox"/>	
Nativos de Hawái u otros isleños del Pacífico	<input type="checkbox"/>	
Indio Americano/Nativo de Alaska & Blanco	<input type="checkbox"/>	
Asiático & blanco	<input type="checkbox"/>	
Negro/Afro Americano & Blanco	<input type="checkbox"/>	
Indio Americano o de Alaska & Negro Afro Americano	<input type="checkbox"/>	
Otros Multi-Racial	<input type="checkbox"/>	

Parte II: Certificación de Ingresos Confidencial de el participante / beneficiario
El tamaño total de mi familia se compone de _____ miembros, y los ingresos anuales totales brutos * para todo los miembros adultos son: \$_____
<i>* El total de ingresos bruto anual debe incluir todas las fuentes de ingresos (salarios, manutención, SSI, desempleo, Pensión, ingresos de activos, etc., pero no incluye los ingresos de empleados o ayudantes que viven en casa).</i>
Yo certifico que la información dada en esta forma es verdadera y exacta a lo mejor de mi conocimiento. Estoy consciente de las sanciones por dar información falsa voluntaria y intencionalmente en una solicitud de fondos federales, las cuales pueden incluir devolución inmediata de todos los fondos federales recibidos. Entiendo la información en este formulario está sujeta a verificación como parte del control de cumplimiento.

Información de Participantes / Beneficiarios:
Firma: _____ Fecha: _____ <i>Firma del padre requerido si el participante en el programa es menor de 18 años de edad</i>
Nombre (imprimido): _____ PH # _____
Domicilio físico: _____ Código postal: _____

**Parte III: Certificación de el Participante / Beneficiario de el Programa Confidencial
(Esta sección debe ser completada por el personal del programa)**

Información de servicio público

Nombre de servicio público: **COMMUNITY SERVICES Neighborhood Centers**

Nombre de la Agencia o Departamento Proveedor del servicio:
CITY OF FRESNO P.A.R.C.S.

Dirección de la actividad de servicio público:

Área de servicio de el programa (Marca la casilla correspondiente) :

Holmes Frank H. Ball Inspiration Romain Ted C. Wills Pinedale

Ingresos familiares y verificación de ubicación de los Participantes / Beneficiarios

Para cumplir con las regulaciones de CDBG este programa está restringido a participantes de ingresos bajos a moderados. El personal del programa debe utilizar los límites de ingresos más recientes para verificar la elegibilidad de ingresos. HUD publica tablas de ingresos cada mes de febrero. Para los límites actuales, puede contactar a la oficina de CDBG.

Fecha efectiva de la tabla de límite de ingresos utilizada: _____

- Familia:
- 30% o menos (extremadamente bajos ingresos)
 - 31 - el 50% (bajos ingresos)
 - 51% – 80% (ingresos moderados)
 - Más del 80% del ingreso medio **No Elegible**

El personal del programa deberá:

- 1) imprimir los límites de ingresos actuales para cada forma de auto certificación; y
- 2) Circular el tamaño de la familia aplicable y el ingreso anual en la impresión del límite de ingresos; y
- 3) incluir la copia de la impresión de límites de ingresos dentro de el archivo del solicitante de le programa; y
- 4) completar los datos demográficos confidenciales, si deja el participante no lo completo.

Nombre del participante / beneficiario: _____

Dirección física es: dentro de área de servicio fuera de el área de servicio

Nota: Un número significativo de los participantes y beneficiarios del programa deben residir en el área de servicio del programa.

Certificación de el personal de el programa:

Yo certifico que la información demográfica del participante/beneficiario y la información de le servicio público es verdadera y correcta, a mi mejor conocimiento. Yo certifico que, mediante la actual publicación de ingresos anual de HUD Comparado con el tamaño indicado de la familia e ingresos, el nivel de ingresos indicado arriba es verdadero y correcto.

NOTA: Esta certificación completa, ya sea participante/beneficiario fue asistido o no, debe mantenerse en el archivo del programa CDBG para su revisión en el tiempo de seguimiento.

Nombre de el personal de el programa que completo esta certificación _____ Título _____

Firma _____ Fecha _____

TABLA DE LÍMITES DE INGRESOS DE HUD

	1 persona	2 personas	3 personas	4 personas	5 personas	6 personas	7 personas	8 personas
0-30% AMI	11,500	13,150	14,800	16,400	17,750	19,050	20,350	21,650
31-50% AMI	19,150	21,900	24,650	27,350	29,550	31,750	33,950	36,150
51-80% AMI	30,650	35,000	39,400	43,750	47,250	50,750	54,250	57,750

Eficaz hasta la próxima publicación de ingresos de HUD, febrero de 2015