CIUDAD DE RIVERSIDE
2019/2020 PROGRAMA DE CDBG
FORMA DE DECLARACIÓN DE CALIFICACIÓN Y PRODUCTO–OBJETO EXPUESTO A-1

NOMBRE DE PROYECTO: _____

NOMBRE DE AGENCIA: _____

FECHA DE PRODUCTO: _____ **RECIBIDO POR (NOMBRE DE PERSONAL):** _____

Esta declaración se debe llenar para cada individuo o cabeza de hogar que recibe beneficios del proyecto/de actividad financiado por CDBG por PRIMERA VEZ SOLAMENTE durante este año de concesión.

POR FAVOR DE CONTESTAR CADA PREGUNTA.

NOTA: Para las siguientes preguntas, " Cabeza de Hogar" se define como (por lo menos) un miembro de un grupo con relación o sin relación a las personas que ocupan el mismo hogar. Los arrendatarios, los inquilinos o huéspedes no pueden ser incluidos como miembros del hogar.

1. ¿Usted está recibiendo este beneficio como individuo o como cabeza de hogar?
Individuo ___ (a) Cabeza de hogar___ (b)

2. Si su respuesta al antedicho es " b" ¿, cuántas personas están en su hogar? _____

3. ¿Es usted cabeza de familia y del sexo femenino? ___ Sí ___No

4. En el grafico que sigue, por favor circule la categoría que mejor representa sus ingresos brutos doméstico por año (incluya los ingresos anuales gruesos combinados de TODAS LAS personas en su hogar de TODAS LAS fuentes de ingresos.)

2019 LIMITES DE LOS INGRESOS DOMÉSTICOS

	1 Person	2 Person	3 Person	4 Person	5 Person	6 Person	7 Person	8 Person
Extremely Low Income (30%)	$15,100	$17,250	$21,330	$25,750	$30,170	$34,590	$39,010	$43,430
Very Low Income	$25,150	$28,750	$32,350	$35,900	$38,800	$41,650	$44,550	$47,400
Low Income (80%)	$40,250	$46,000	$51,750	$57,450	$62,050	$66,650	$71,250	$75,850

5. En el grafico que sigue por favor cuente cada miembro de su hogar en las categorías apropiadas la raza/ pertenencia étnica:

RAZA/PERTENENCIA ÉTNICA	
Caucásico	
Afroamericano	
Asiático	
Indio Americano / Natural de Alaska	
Natural de Hawaii / Otra Isleño pacífico	
Indio Americano / Natural de Alaska y Caucásico	
Asiático y Caucásico	
Afroamericano y Caucásico	
Indio Americano / Natural de Alaska y Afroamericano	
Otra Raza/ Pertenencia Étnica (especifique)	

6. ¿Usted se identifica como Hispano/Latino (cubano, mexicano, puertorriqueño, sur/el Central American o otra cultura española)? ___Sí ___No

7. ¿Es usted un nuevo beneficiario de este programa? ___ Sí ___No

8. ¿Es usted un residente de la ciudad de Riverside? ___ Sí ___No

---

RECONOCIMIENTO Y NEGACIÓN

CERTIFICO QUE LAS DECLARACIONES HECHAS EN ESTA FORMA SON VERDADES.

Nombre: _____

Domicilio: _____ **Teléfono**_____

Firma: _____ **Fecha:** _____

La información en esta forma se requiere por fines estadísticos del programa de HUD Community Development Block Grant (CDBG) y sera confidencial.