



Community Development Block Grant (CDBG)

Ciudad y Condado de San Francisco

Formulario de verificación de ingresos familiares 2015-16 –actualizado 6 marzo 2015 (2015-16 Family Income Verification Form – updated 3/6/15)

INSTRUCCIONES PARA LA AGENCIA

1. Use las instrucciones del formulario de verificación de ingresos familiares para facilitar el llenado del formulario.
2. Por favor **complete** y **repase** este formulario **con el cliente**.
3. Este formulario debe **guardarse en los archivos durante cinco años**.
4. **Por favor asegúrense de responder a todas las preguntas en este formulario** a menos que se indique lo contrario.

INFORMACIÓN DEL CLIENTE

Nombre del cliente /Identificación única: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ CA Código postal: _____

Teléfono: _____ e-mail: _____ Mes/año de nacimiento: _____ Hombre ___ Mujer ___ Transgénero ___
(OPCIONAL) (OPCIONAL)

ETNIA (Por favor también seleccione una opción de la sección de “RAZA” que aparece abajo)

Hispano/latino (a): Sí No

RAZA

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Indio Americano/Nativo de Alaska | <input type="checkbox"/> Negro/Afro-Americano |
| <input type="checkbox"/> Indio Americano /Nativo de Alaska y Negro/Afro-americano | <input type="checkbox"/> Negro/Afro-Americano y Blanco |
| <input type="checkbox"/> Indio Americano/Nativo de Alaska y Blanco (“Mestizo”) | <input type="checkbox"/> Nativo de Hawai/Nativo de otras islas del Pacífico |
| <input type="checkbox"/> Asiático | <input type="checkbox"/> Otra o diversas razas (por favor especifique): _____ |
| <input type="checkbox"/> Asiático y Blanco | <input type="checkbox"/> Blanco |

INFORMACIÓN DE FAMILIA

Se considera familia a todas las personas que viven en la misma casa y están relacionadas por nacimiento, adopción, casamiento o sociedad doméstica.

Mujer soltera, cabeza de familia Hombre soltero, cabeza de familia Familia con dos ingresos

¿Número de personas que viven en su familia? _____ Estimado de ingresos en los próximos 12 meses para todos los miembros de su familia: _____

CATEGORÍAS OPCIONALES

Gay Lesbiana Bisexual

Afiliación cultural o nacionalidad: _____

(Vea la hoja de instrucciones y la lista de todas las categorías del Censo de los EE.UU.)

(Continúe del lado reverso – Verificación de ingresos)

INFORMACIÓN DE INGRESOS

(Asegúrese de que el número de miembros familiares y el estimado de ingresos para los próximos 12 meses sean igual en esta área y la de “Información Familiar”).

(Marque el nivel de ingresos correcto CON UN CÍRCULO. Si hay más de 8 personas, vea la hoja de instrucciones.)

Familia de:	1 persona	2 personas	3 personas	4 personas	5 personas	6 personas	7 personas	8 personas
Ingresos extremadamente bajos	\$0 – 24,650	\$0 – 28,150	\$0 – 31,650	\$0 – 35,150	\$0 – 38,000	\$0 – 40,800	\$0 – 43,600	\$0 – 46,400
Ingresos bajos	\$24,651-41,050	\$28,151-46,900	\$31,651-52,750	\$35,151-58,600	\$38,001-63,300	\$40,801-68,000	\$43,601-72,700	\$46,401-77,400
Ingresos moderados	\$41,051-65,700	\$46,901-75,100	\$52,751-84,500	\$58,601-93,850	\$63,301-101,400	\$68,001-108,900	\$72,701-116,400	\$77,401-123,900
Ingresos mayores a los moderados	≥ \$65,701	≥ \$75,101	≥ \$84,501	≥ \$93,851	≥ \$101,401	≥ \$108,901	≥ \$116,401	≥ \$123,901

VERIFICACIÓN DE INGRESOS

Entrevistador: **Marque** el nivel de ingresos del cliente e indique abajo la fuente de información utilizada para verificar esta información. Por favor lea la hoja de instrucciones para facilitar el proceso de completar el formulario.

- CalWorks
 Medi-CAL
 SSI**
 Declaración de impuestos (la más reciente)
 Desempleo (colilla de cheque)
- Talón de pago **
 Estampillas de comida
 Otro (es decir, vivienda pública /cuidado de adopción)** _____
- (**actual-dentro de los dos meses pasados)
- Auto certificado. Por favor explique: _____

Mediante el presente documento certifico que, de acuerdo a mi conocimiento, las declaraciones anteriores son verdaderas y correctas. Entiendo que esta información podrá ser verificada sólo por funcionarios autorizados de HUD (Departamento de Vivienda y Desarrollo Urbano de los EE.UU.)/funcionarios de MOHCD.

CLIENTE

Nombre del cliente en letra de molde

Firma del padre/cliente

Fecha

REPRESENTANTE DE AGENCIA

Nombre del representante en letra de molde

Firma del representante

Fecha

NOTAS: