



Oficina del Alcalde para la Vivienda y el Desarrollo de la Comunidad

Ciudad y condado de San Francisco

Formulario de Verificación de Ingresos Familiares 2019-2020

La Oficina del Alcalde para la Vivienda y el Desarrollo de la Comunidad (Mayor's Office of Housing and Community Development, MOHCD) recopila información de los clientes para cumplir con requisitos de información específicos locales, estatales y federales y para mejorar la calidad de los programas y la prestación de servicios. La MOHCD protege toda la información que identifique personalmente a los clientes para evitar cualquier divulgación no autorizada..

Instrucciones para la agencia

1. **Utilice las instrucciones del formulario de Verificación de Ingresos Familiares** para llenar el formulario
2. **Complete y revise** este formulario **con el cliente**.
3. Este formulario deberá conservarse en el **archivo durante cinco años**.
4. **Se deben completar todos los incisos**, a menos que se indique como opcional.

Información del cliente

Nombre del cliente/Identificador único _____ Fecha de nacimiento ____ / ____ / ____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Número de teléfono: _____ Correo electrónico: _____
(Opcional) (Opcional)

¿Cómo describiría su origen étnico? (Marque uno. También debe seleccionar entre las siguientes opciones de "raza")

☐ Hispano/latino

☐ No hispano/latino

¿Cómo describiría su raza? (Marque una)

☐ Indígena estadounidense/nativo de Alaska

☐ Asiática

☐ Negra/afroamericana

☐ Nativo de Hawái/isleño del Pacífico

☐ Blanca

☐ Indígena estadounidense/nativo de Alaska y negra/afroamericana

☐ Indígena estadounidense/nativo de Alaska y blanca

☐ Asiática y blanca

☐ Negra/afroamericana y blanca

☐ Otra/multirracial

Afiliación cultural o nacionalidad (opcional): _____

¿Cuál es su sexo? (Marque uno que describa mejor su identidad de género actual)

☐ Femenino

☐ Masculino

☐ Género variante/género no binario

☐ Transgénero femenino

☐ Transgénero masculino

☐ No especificado. Especifique _____

¿Cómo describe su orientación sexual o identidad sexual? (Marque una)

☐ Bisexual

☐ Gay/lesbiana/amor del mismo género

☐ En duda/sin determinar

☐ Heterosexual

☐ No especificada. Especifique _____

☐ No deseo especificar

¿Cómo describiría mejor a su familia? (Marque una opción)

Independientemente de la orientación sexual real o percibida, de la identidad de género o del estado civil, la familia incluye, entre otras posibilidades, lo siguiente: una persona soltera o un grupo de personas que viven juntas.

☐ Familia dirigida por una persona soltera ☐ Familia dirigida por dos personas

Número de personas que viven en su familia (incluyéndose usted mismo): _____

Ingresos totales aproximados de los próximos 12 meses, de todos los miembros adultos: \$ _____

Información de ingresos actuales (el número de personas en la “familia” que se mencionó antes debe coincidir con la información de esta sección)

(Encierre en un círculo el nivel correcto de ingresos. Si el número de miembros de la familia es mayor de ocho, consulte 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 – 33,850	\$0 - 38,700	\$0 – 43,350	\$0 – 48,350	\$0 – 52,250	\$0 – 56,100	\$0 – 60,000	\$0 – 63,850
Ingresos bajos	\$33,851-56,450	\$38,701-64,500	\$43,351-72,550	\$48,351-80,600	\$52,251-87,050	\$56,101-93,500	\$60,001-99,950	\$63,851-106,400
Ingresos moderados	\$56,451-90,450	\$64,501-103,350	\$72,551-116,250	\$80,601-129,150	\$87,051-139,500	\$93,501-149,850	\$99,951-160,150	\$106,401-170,500
Ingresos mayores que moderados	\$90,451 o más	\$103,351 o más	\$116,251 o más	\$129,151 o más	\$139,501 o más	\$149,851 o más	\$160,151 o más	\$170,501 o más

Certificación de ingresos

*Entrevistador: Marque el nivel de ingresos del cliente e indique abajo la que utilizó para verificar esta información. Vea la hoja de instrucciones a fin de obtener ayuda para completar (**actual-de los últimos 2 meses).*

- ☐ CalWorks ☐ Cupones para alimentos ☐ Medi-CAL ☐ Declaración de impuestos (la más reciente)
- ☐ Desempleo (recibo de pago) ☐ SSI** ☐ Recibos de pago de nómina**
- ☐ Otros (p. ej., vivienda pública/cuidados temporales) **
- ☐ Autocertificación. Explique _____

Por este medio certifico que, según mis mejores conocimientos, las declaraciones anteriores son verdaderas y correctas. Entiendo que esta información está sujeta a verificación únicamente por un funcionario autorizado de HUD (U.S. Department of Housing & Urban Development)/CDBG (para subsidios financiados por el gobierno federal).

CLIENTE

Nombre del cliente en letra de molde

Firma de uno de los padres/cliente

Fecha

ENTREVISTADOR

Nombre del entrevistador en letra de molde

Firma del entrevistador

Fecha

NOTAS: