



Comisión de Desarrollo Comunitario del Condado de  
Mendocino  
1076 N. State St., Ukiah, CA 95482

Tel: (707) 463-5462  
Fax: (707) 463-4188  
TDD: Rele CA 711

## CUPÓN BASADO EN EL PROYECTO ORR CREEK COMMONS PRE-SOLICITUD

Los CDC administran el programa de asistencia para el alquiler de vales basados en proyectos para 20 unidades ubicadas dentro de los apartamentos de Orr Creek Commons ubicados en Brush Street en Ukiah.

### ¡PARAR! POR FAVOR, LEA ATENTAMENTE

Esta lista de espera solo está abierta ahora y está disponible para familias/individuos que cumplan con los criterios para una de las preferencias identificadas a continuación. **Se debe enviar una carta de verificación de preferencia a los CDC con la solicitud completa.**

MARQUE LA CASILLA A CONTINUACIÓN QUE CORRESPONDA

#### PREFERENCIA DE SERVICIOS COMUNITARIOS DE SECUOYAS (RCS)

1. Familias que reciben servicios elegibles de RCS (comuníquese con RCS que se enumeran a continuación).
2. Si es elegible, RCS le proporcionará al solicitante una carta de verificación de preferencia que debe adjuntarse a la solicitud cuando se envíe a los CDC.

Si recibe servicios de Redwood Community Services y cree que puede calificar para esta preferencia, comuníquese con **Samantha Stafford de RCS al (707) 468-5536** para obtener más información.

**Reúno los requisitos para la preferencia RCS y mi** solicitud de **referencia** se **adjunta a esta solicitud.**

#### PREFERENCIA DE SALUD Y SERVICIOS HUMANOS (HHSA, POR SUS SIGLAS EN INGLÉS)

1. Las familias que califican como una población con necesidades especiales y son; personas sin hogar y elegibles para recibir servicios a través del Departamento de Salud y Servicios Humanos, o familias/individuos que son clientes de Servicios de Apoyo en el Hogar (IHSS, por sus siglas en inglés) que son atendidos por proveedores y personal de IHSS.
2. Si es elegible, la HHSA proporcionará al solicitante una carta de verificación de preferencia que debe adjuntarse a la solicitud cuando se envíe a los CDC.

Si recibe servicios del Departamento de Salud y Servicios Humanos y cree que puede calificar para esta preferencia, comuníquese con [AdvocacyGA@mendocinocounty.gov](mailto:AdvocacyGA@mendocinocounty.gov) o llame al (707) 467-5809 para obtener más información.

**Califico para la preferencia de la HHSA y mi carta de verificación de preferencia se adjunta a esta solicitud.**

## PRESENTACIÓN DE LA SOLICITUD:

Las solicitudes completadas deben tener una carta de verificación de preferencia y una divulgación de información que incluya a RCS o HHSa como contacto adicional.

Cualquier solicitud enviada sin una carta de verificación de preferencia será devuelta por correo de primera clase con instrucciones sobre cómo volver a enviar la solicitud.

Las solicitudes deben enviarse a la Comisión de Desarrollo Comunitario del Condado de Mendocino ubicada en: **1076 N. State Street, Ukiah CA 95482** y se pueden presentar de la siguiente manera;

- 🏠 Presentado directamente a la Comisión de Desarrollo Comunitario del Condado de Mendocino a la dirección indicada anteriormente.
- 🏠 Deposite la solicitud en el buzón ubicado cerca de la puerta principal de los CDC en la dirección indicada anteriormente.
- 🏠 Envíe la solicitud por correo a la dirección indicada anteriormente.
- 🏠 Envíe la solicitud por correo electrónico a: [info@cdchousing.org](mailto:info@cdchousing.org).
- 🏠 Envíe la solicitud por fax al (707) 463-4188

Las solicitudes tendrán un sello de fecha y hora cuando se envíen. La fecha y hora estampadas en la solicitud serán la fecha y hora de su solicitud en esta lista de espera.

Límites de ingresos		
Personas en familia	Extremadamente bajo (30%)	Muy bajo (50%)
1	\$17,850	\$29,750
2	\$20,400	\$34,000
3	\$24,860	\$38,250
4	\$30,000	\$45,500
5	\$35,140	\$45,900
6	\$40,280	\$49,300
7	\$45,420	\$52,700
8	\$50,560	\$56,100

Cualquier solicitud recibida de familias que superen los límites de ingresos enumerados anteriormente recibirá una notificación por correo denegando la admisión del hogar al programa.

HUD requiere que todos los miembros del hogar presenten evidencia de ciudadanía, estatus migratorio elegible o elijan no alegar que uno tiene estatus elegible. Se solicitará evidencia de estado elegible cuando los CDC determinen la elegibilidad para recibir asistencia. Al menos un miembro del hogar debe ser un ciudadano elegible o tener un estatus migratorio elegible para calificar.

Ningún solicitante de asistencia para la vivienda será discriminado debido a una discapacidad. Los solicitantes no están obligados a revelar una discapacidad, sin embargo, los beneficios para los que solo las personas con discapacidades son elegibles no se pueden proporcionar a menos que el participante revele su estado de discapacidad.



**Orr Creek Commons PBV Pre-Solicitud**  
**Comisión de Desarrollo Comunitario del Condado de Mendocino**

**Regresar a:** 1076 N. State St, Ukiah CA 95482 fax (707) 463-4188 P (707) 463-5462

info@cdhousing.org

**NOTA:** Todas las preguntas de esta solicitud DEBEN completarse, escriba "**Ninguna**" si la pregunta no se aplica a usted. Este formulario debe completarse con **tinta** y su propia letra si es posible. Use el nombre legal de cada persona que residirá en el hogar tal como aparece en su tarjeta de Seguro Social.

**POR FAVOR, IMPRIMA ORDENADAMENTE EN ESTA APLICACIÓN**

Fecha \_\_\_\_\_ # de las personas en el hogar\_Teléfono celular \_\_\_\_\_ Nombre del teléfono de la casa \_\_\_\_\_

Dirección de correo electrónico \_\_\_\_\_

Dirección física: \_\_\_\_\_  
 Calle #/ P.O. Box \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado Código Postal \_\_\_\_\_

¿Sin hogar?  Sí  No

Dirección postal: Igual que la anterior

Calle #/ P.O. Box \_\_\_\_\_ **AVISO: Debe notificar a los CDC por escrito sobre cualquier cambio de dirección**

Ciudad, Estado, Código Postal Si \_\_\_\_\_ **no podemos comunicarnos con usted por correo, su nombre será eliminado**

**de la lista de espera.**

Nombre: Primero y último	Género	Personas mayores: 62	Deshabilidad	Relación con la cabeza	Número de Seguro Social	Raza y etnia (ver códigos a continua ción)	Fecha de nacimie nto
		<input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N		Jefe de familia			
		<input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N					
		<input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N					
		<input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N					
		<input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N					

**\*\* NO está obligado a elegir una raza o etnia.**

**Raza: (1) Blanco. (2) Negro/Afroamericano, (3) Indio Americano/Nativo de Alaska, (4) Asiático, 5) Etnia nativa de Hawái/otras islas del Pacífico: (a) hispano o latino, (b) no hispano o latino**

Fuentes de ingresos	Sí/No	Miembro del hogar	Ingreso mensual
Seguro Social/SSI	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		\$
TANF/Bienestar	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		\$
Beneficios para veteranos	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		\$
Rentas del Trabajo	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		\$

Prestaciones por desempleo	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		\$
Manutención de los hijos/Pensión alimenticia	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		\$
Ingresos patrimoniales (intereses de cuentas bancarias, etc.)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		\$
Otra fuente de ingresos	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		\$

OTRAS PREFERENCIAS	REIVINDICACIÓN DE PREFERENCIA	REASON PARA LA RECLAMACIÓN
<p><b>VETERANO O CÓNYUGE SOBREVIVIENTE DE UN VETERANO</b></p> <p><i>*Si reclama esta preferencia, debe proporcionar una copia del DD214 (o equivalente) que muestre la baja honorable (o equivalente) dentro de los 30 días calendario a partir de la fecha en que envíe esta solicitud a los CDC.</i></p>	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<p>N/A</p>
<p><b>VIVIR Y/O TRABAJAR EN EL CONDADO DE MENDOCINO</b></p>	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<p>N/A</p>
<p><b>DESASTRE NATURAL</b>            Las familias son elegibles para esta preferencia si han sido afectadas por un <b>desastre</b> natural declarado por el estado o el gobierno federal, como un incendio, una inundación, un terremoto u otra causa natural, <b>y cumplen con los tres criterios que se enumeran a continuación;</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> El desastre ocurrió en los últimos 24 meses, Y</li> <li><input type="checkbox"/> La vivienda del solicitante quedó inhabitable en el desastre, Y</li> <li><input type="checkbox"/> La familia no vive en una vivienda estándar, permanente y de reemplazo.</li> </ul> <p><i>*Se requerirá verificación adicional para calificar para esta preferencia.</i></p>	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<p>Si ha respondido afirmativamente a esta preferencia, enumere la siguiente información en el espacio que se proporciona a continuación;</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Una fecha próxima del desastre,</li> <li>2. Si su casa quedó inhabitable, y</li> <li>3.Cuál es su situación de vida actual. No responda a Homeless, por favor sea más específico.</li> </ol>

**ACTIVOS: Cuentas corrientes/de ahorro**

Sin activos

Tipo de activo: es decir, cuenta corriente/ahorro	Institución financiera	Valor en efectivo

¿Algún miembro del hogar con una discapacidad desea solicitar una adaptación razonable en este momento?

Sí  No **En caso afirmativo**, ¿qué alojamiento se solicita? \_\_\_\_\_

¿Se requiere que algún miembro del hogar se registre como delincuente sexual?

Sí  No **En caso afirmativo**, nombre del miembro del hogar:

\_\_\_\_\_

¿Algún miembro del hogar ha sido arrestado, acusado y/o condenado por un delito?  Sí  No

**En caso afirmativo, nombre del** miembro del hogar:

\_\_\_\_\_

¿Cuál fue el cargo, el costo y el año?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**La información proporcionada en este formulario puede ser verificada por la Autoridad de Vivienda.**

**ADVERTENCIA: EL TÍTULO 18, SECCIÓN 1001 DEL CÓDIGO DE LOS EE. UU., ESTABLECE QUE ES UN DELITO PENAL HACER DECLARACIONES FALSAS INTENCIONALES DE TERGIVERSACIÓN A CUALQUIER DEPARTAMENTO O AGENCIA DE LOS EE. UU. EN CUANTO A CUALQUIER ASUNTO DENTRO DE SU JURISDICCIÓN Y NO SERÁ MULTADO CON MÁS DE \$ 10,000 O ENCARCELADO POR NO MÁS DE CINCO AÑOS O AMBOS.**

Por la presente **juro y doy fe** de que toda la información proporcionada en esta solicitud por mí y sobre mí es verdadera y correcta. Entiendo que debo informar cualquier cambio en los ingresos, activos y composición familiar a la Autoridad de Vivienda por **escrito dentro de los 10 días posteriores a dicho cambio**.

Además, entiendo que estoy obligado a notificar a la Autoridad de Vivienda por escrito dentro de los 10 días de cualquier miembro de la familia que se mude de la casa y para agregar a alguien al hogar debe ser aprobado por la Autoridad de Vivienda antes de mudarse para aceptar nacimientos que deben informarse dentro de los 10 días posteriores al nacimiento.

**Además, entiendo que las declaraciones falsas o la información proporcionada por mí son punibles según las leyes federales y estatales y constituyen motivos para la denegación o terminación de mi asistencia de vivienda.**

\_\_\_\_\_  
Firma del Jefe de Familia

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma del cónyuge o co-jefe

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma de otro adulto

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma de otro adulto

\_\_\_\_\_  
Fecha



**Las personas que requieran una adaptación debido a una discapacidad pueden solicitarla en cualquier momento durante este proceso**

