

**CIUDAD DE RIVERSIDE  
2017/2018 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.)

**2016 LIMITES DE LOS INGRESOS DOMÉSTICOS**

	<b>1 Person</b>	<b>2 Person</b>	<b>3 Person</b>	<b>4 Person</b>	<b>5 Person</b>	<b>6 Person</b>	<b>7 Person</b>	<b>8 Person</b>
<b>Extremely Low Income (30%)</b>	<b>\$13,550</b>	<b>\$16,240</b>	<b>\$20,420</b>	<b>\$24,600</b>	<b>\$28,780</b>	<b>\$32,960</b>	<b>\$37,140</b>	<b>\$41,320</b>
<b>Very Low Income</b>	<b>\$22,600</b>	<b>\$25,800</b>	<b>\$29,050</b>	<b>\$32,250</b>	<b>\$34,850</b>	<b>\$37,450</b>	<b>\$40,000</b>	<b>\$42,600</b>
<b>Low Income (80%)</b>	<b>\$36,150</b>	<b>\$41,300</b>	<b>\$46,450</b>	<b>\$51,600</b>	<b>\$55,750</b>	<b>\$59,900</b>	<b>\$64,000</b>	<b>\$68,150</b>

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

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

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:** \_\_\_\_\_