

TOWN OF APPLE VALLEY COMMUNITY DEVELOPMENT DEPARTMENT

Project/Activity Title: _____

Name/Address of Contractor Agency: _____

Program Year: **2017-2018**

BENEFICIARY QUALIFICATION STATEMENT

This form has the purpose of providing information needed to qualify for the use of Federal Community Development Block Grant (CDBG) funds for the project/activity described above. This statement must be completed and signed by the person (legal guardian) requesting to receive benefits from the described project/activity. **Please answer the following questions.**

- For this question a household is a group of related or unrelated persons occupying the same house with at least one member being the head of the household. Renters, roomers, or borders cannot be included as household members. **How many persons are in your household?** _____
- For this question a list of the current EXTREMELY LOW-, VERY LOW- AND LOW- income categories* are presented below. Calculate the combined gross annual income of all persons in your household from all sources of income.

Circle Income amount that exceeds household income in family size column (For CDBG eligibility cannot exceed 'Low Income' limit. Example- 4 person HH must be less than \$51,600

Number of Persons in Your Family (May 2016)

Number of Persons in Your Family (May 2016)									
	1	2	3	4	5	6	7	8	
Household Income	13,550	16,240	20,420	24,600	28,780	32,960	37,140	41,320	EX LOW
Thresholds	22,600	25,800	29,050	32,250	34,850	37,450	40,000	42,600	V LOW
Thresholds	36,150	41,300	46,450	51,600	55,750	59,900	64,000	68,150	LOW

Ethnicity as well as race must be determined. Please answer item numbers 3 and 4.

- Indicate your ethnicity (see definitions on next page). Are you of **Hispanic Ethnicity**? Yes No
- Indicate your race (see definitions on next page).

RACE	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
White	Blk Afr	Asian	Am Ind	Nat	Am Ind	Asi	Blk Afr	Am Ind	Other	
	Am		Alk Nat	Haw	ANW	Whi	Am	Alk Nat	Multi	
				OPI			Whi	Am	Racial	

- Are you a female Head of Household? Yes No
- Is your home an ADA Household? Yes No
If so, have ADA property improvements been implemented? Yes No
- Check the word/s that best describe your qualifications in the following categories:

- abused child
 battered spouse
 elderly person
 homeless person
 disabled person
 illiterate person
 migrant farm worker
 veteran

ACKNOWLEDGMENT AND DISCLAIMER

I CERTIFY UNDER PENALTY OF PERJURY THAT INCOME AND HOUSEHOLD STATEMENTS MADE ON THIS FORM ARE TRUE. THE INFORMATION ON THIS FORM MAY BE VERIFIED.

NAME: _____ DATE: _____

ADDRESS: _____ PHONE NO.: _____

SIGNATURE: _____

The information you provide on this form is for Community Development Block Grant (CDBG) program purposes only and will be kept confidential. **Names, addresses and phone numbers may be omitted before submission to the Town of Apple Valley.**

TOWN OF APPLE VALLEY COMMUNITY DEVELOPMENT DEPARTMENT

Proyecto/Título de actividad: _____

Nombre/Dirección de Agencia Contratista: _____

Año del programa: 2017-2018

DECLARACION DE CALIFICACIONES DEL BENEFICIARIO

Esta forma tiene el propósito de proporcionar la información necesaria para calificar y poder hacer el uso de los fondos Federales del Desarrollo Comunitario (CDBG) para los proyectos/actividades descrita arriba. Esta declaración tiene que ser llenada y firmada por cada persona o, cabeza de familia (guardián legal) solicitando para recibir beneficios del proyecto/actividad descrita.

Favor de responder a todas las siguientes preguntas.

1. Para esta pregunta una familia es un grupo de parientes o no parientes viviendo en la misma casa con por lo menos un miembro siendo la cabeza de familia Arrendatarios, huéspedes, o inquilinos no se pueden incluir como miembros del hogar. **¿Cuántas personas están en su hogar?** _____
2. Para esta pregunta, aquí abajo hay una lista* de "Sumamente bajo" "Muy bajo" y "Bajo" sueldos. Favor de marcar con un circulo el numero de personas en su domicilio y en esa misma columna marque con un circulo el sueldo que es igual o menos del sueldo/ingreso anuario combinado para todos en su domicilio.

Cuántas Personas Están En Su Familia								
NUMERO DE PERSONAS	1	2	3	4	5	6	7	8
SUMAMENTE BAJO	13,550	16,240	20,420	24,600	28,780	32,960	37,140	41,320
MUY BAJO	22,600	25,800	29,050	32,250	34,850	37,450	40,000	42,600
BAJO	36,150	41,300	46,450	51,600	55,750	59,900	64,000	68,150

3. Favor de indicar su RAZA (marque una categoría) y ETNICIDAD HISPANA (indique si o no). Para ayuda consulte la lista de definiciones en la pagina 2.

RAZA									
11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
Blanco/ europeo	Negro/ Africano/ Afro- Americano	Asia- tico	Indígena de las Americas o Alaska	Indígena de Hawai u otra Isla del Pacifico	Mestizo de Indígena americano y Blanco/ europeo	Asia- tico y Blanco/ europeo	Negro/ Africano y Blanco/ europeo	Indígena americano y Negro/ Africano	Otra combinación de razas

ETNIDAD HISPANA: SI NO

4. Favor de indicar SI o NO , si Usted es una mujer y mantenedora solo de su familia.
5. Indique si hay alguien incapacitado en su domicilio SI NO Si indicó que si, ¿Ha modificado su domicilio para la persona incapacitada? SI NO
6. Si calificaria UD. en uno de las categorías siguientes (marque todos que le aplican):

- niño maltratado esposa batida anciano/a; persona sin casa veterano
 persona incapacitada persona analfabeta labrador del campo migratorio

RECONOCIMIENTO Y RENUNCIO

YO CERTIFICO, BAJO PENA DE PERJURIO, QUE LAS DECLARACIONES DE SUELDO Y HOGAR HECHAS SOBRE ESTE IMPRESO SON CIERTOS. LA INFORMACION PUEDE SER VERIFICADA.

NOMBRE: _____ FECHA: _____

DIRECCION: _____

NUMERO TELEFONICO.: _____

FIRMA: _____

La información en esta forma es para el programa Community Development Block Grant (CDBG) y será guardado en confianza. Se puede quitar el nombre, dirección y número de teléfono antes de mandarle al Town of Apple Valley.