

Condado de Imperial
Community Development Block Grant Program (CDBG)
Programa de COVID-19 Pago de Subsistencia – Aplicación y Forma de Verificación

Los fondos están disponibles para las familias que califican afectadas por COVID-19 para pagos de subsistencia de emergencia. Para solicitar asistencia, debe cumplir con los requisitos del programa, presentar la documentación requerida y certificar este formulario. Los fondos están disponibles de forma limitada. La presentación de esta solicitud no es una garantía de asistencia. Para su privacidad, la información recopilada permanecerá confidencial, se utilizará solo para cumplir con los requisitos federales y estatales de mantenimiento de registros, y se retendrá según corresponda de la divulgación.

Por favor imprimir:

Nombre (s)			
Dirección residencial		Teléfono	
Correo electrónico		Total de la cantidad solicitada	\$
1. Hacer el pago en mi nombre a:			
Nombre		Teléfono o correo electrónico	
Dirección/ # de cuenta			
Proponer uso de fondos	<input type="checkbox"/> Servicios de Agua <input type="checkbox"/> Servicios de alcantarillado <input type="checkbox"/> Servicios de Electricidad <input type="checkbox"/> Renta <input type="checkbox"/> Hipoteca <input type="checkbox"/> Otros:		
Mes (s) por cubrir		Cantidad	\$
2. Hacer el pago en mi nombre a:			
Nombre		Teléfono o correo electrónico	
Dirección/ # de cuenta			
Proponer uso de fondos	<input type="checkbox"/> Servicios de Agua <input type="checkbox"/> Servicios de alcantarillado <input type="checkbox"/> Servicios de Electricidad <input type="checkbox"/> Renta <input type="checkbox"/> Hipoteca <input type="checkbox"/> Otros:		
Mes (s) por cubrir		Cantidad	\$
3. Hacer el pago en mi nombre a:			
Nombre (s)			
Dirección/ # de cuenta			
Proponer uso de fondos	<input type="checkbox"/> Servicios de Agua <input type="checkbox"/> Servicios de alcantarillado <input type="checkbox"/> Servicios de Electricidad <input type="checkbox"/> Renta <input type="checkbox"/> Hipoteca <input type="checkbox"/> Otros:		
Mes (s) por cubrir		Cantidad	\$

4. Hacer el pago en mi nombre a:			
Nombre		Teléfono o correo electrónico	
Dirección/ # de cuenta			
Proponer uso de fondos	<input type="checkbox"/> Servicios de Agua <input type="checkbox"/> Servicios de alcantarillado <input type="checkbox"/> Servicios de Electricidad <input type="checkbox"/> Renta <input type="checkbox"/> Hipoteca <input type="checkbox"/> Otros:		
Mes (s) por cubrir		Cantidad	\$
5. Hacer el pago en mi nombre a:			
Nombre		Teléfono o correo electrónico	
Dirección/ # de cuenta			
Proponer uso de fondos	<input type="checkbox"/> Servicios de Agua <input type="checkbox"/> Servicios de alcantarillado <input type="checkbox"/> Servicios de Electricidad <input type="checkbox"/> Renta <input type="checkbox"/> Hipoteca <input type="checkbox"/> Otros:		
Mes (s) por cubrir		Cantidad	\$
		Data	YES NO
DUPLICACIÓN DE BENEFICIOS: ¿Ha recibido, o sabe que es elegible para recibir de otra fuente, alguna asistencia financiera para los costos enumerados anteriormente? (En caso afirmativo, complete el formulario de ingresos complementarios adjunto)			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
IMPACTO DE COVID-19: ¿Ha tenido horas de trabajo reducidas, ha sido despedido temporal o permanentemente u otra pérdida de ingresos debido a COVID-19? En caso afirmativo, proporcione detalles: _____		EST. % de pérdida de ingresos de un año anterior: _____%	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
ESTADO DE SUBSISTENCIA/EMERGENCIA: ¿Ha recibido un pago atrasado, un aviso de desalojo u otra prueba de que la pérdida de vivienda o servicios públicos esenciales está en riesgo y necesita un pago de emergencia?		Número de meses sin poder pagar: _____	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

Asistencia se brindará por orden de llegada a los participantes elegibles hasta que se hayan gastado todos los fondos del programa. La presentación de esta solicitud no garantiza asistencia ni elegibilidad.

Condado de Imperial
Community Development Block Grant Program (CDBG)
Programa de COVID-19 Pago de Subsistencia – Aplicación y Forma de Verificación

Preguntas de calificación de ingresos del hogar LMI							
El ingreso total anual del hogar es el ingreso bruto (antes de las deducciones) de todas las fuentes de ingresos (salarios, pensión alimenticia, SSI, desempleo, pensión, ingresos de activos, etc.), de todos los adultos miembros de la familia que viven en el hogar. Consulte con el programa si no está seguro.							
Ingreso total del hogar anticipado durante los próximos 12 meses:							
Nombre Enumere a todos los miembros del hogar, incluido usted mismo.	Edad	Marque si corresponde			Ingreso bruto anual <small>(antes de impuestos)</small>	Fuente de Ingreso	
		Cabeza del Hogar	Co-cabeza del Hogar	Estudiante de tiempo completo 18 años o mayor			
					\$		
					\$		
					\$		
					\$		
					\$		
<i>Agregar filas según corresponda</i>					\$		
Ingreso familiar anual total anticipado:					\$		
ENCIERRA el número de miembros del hogar, incluyéndote a ti mismo:							
1	2	3	4	5	6	7	8+
<u>Condado de Imperial</u> <u>80%</u> \$ 43,650	<u>Condado de Imperial</u> <u>80%</u> \$ 49,850	<u>Condado de Imperial</u> <u>80%</u> \$ 56,100	<u>Condado de Imperial</u> <u>80%</u> \$ 62,300	<u>Condado de Imperial</u> <u>80%</u> \$ 67,300	<u>Condado de Imperial</u> <u>80%</u> \$ 72,300	<u>Condado de Imperial</u> <u>80%</u> \$ 77,300	<u>Condado de Imperial</u> <u>80%</u> \$ 82,250
¿Es su ingreso familiar total anticipado INFERIOR o SUPERIOR a la cantidad en dólares (\$) que figura directamente debajo del número de personas encerradas en un círculo arriba? Si es INFERIOR , adjunte comprobantes de los ingresos familiares anuales (como la última declaración de impuestos, impuestos trimestrales, talones de pago o estados de cuenta bancarios).						MÁS BAJO	MÁS ALTO
						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ETNIA (seleccione uno)			<input type="checkbox"/> No Hispano		<input type="checkbox"/> Hispano		
Raza (seleccione uno)							
Blanco			<input type="checkbox"/>	Asiático			<input type="checkbox"/>
Negro o Afroamericano			<input type="checkbox"/>	Nativo de Hawái o de las Islas del Pacífico Indio			<input type="checkbox"/>
Americano o Nativo de Alaska			<input type="checkbox"/>	Otro o Multé-Racial			<input type="checkbox"/>

Declaración Jurada de Duplicación de Beneficios ("Declaración Jurada")

Yo/Nosotros, _____ afirmo/ afirmamos de lo siguiente:

1. Y o/nosotros estamos firmando esta declaración jurada en relación con la asistencia que estamos recibiendo para ayudarnos a prevenir, prepararnos o responder al coronavirus brindándonos pago de subsistencia ("**Tipo de asistencia**") con el propósito de prevenir o minimizar el riesgo de incumplimiento hipotecario, desalojo y/o corte de servicios públicos relacionada con un impacto financiero adverso como resultado de la pandemia del coronavirus (COVID-19) ("**Necesidad**") por la cantidad de ("**Cantidad de asistencia o necesidad total**") del Condado de Imperial (" Organización") a través de un programa administrado por el Departamento de Vivienda y Desarrollo Comunitario de California (HCD) con fondos del Departamento de Vivienda y Desarrollo Urbano de EE. UU. ("**Programa**").
2. La Organización and yo/ nosotros creemos que el total de la **Cantidad de Asistencia / Necesitada es** \$_____
3. Además, yo/nosotros hemos recibido o recibiremos las siguientes cantidades y tipos de asistencia de las fuentes enumeradas a continuación ("Asistencia duplicada"):

(a) Fuente de Fondos #1

Nombre del prestamista/proveedor de beca	
Propósito	
Cantidad	
<input type="checkbox"/> Préstamo del Gobierno <input type="checkbox"/> Beca del Gobierno <input type="checkbox"/> Préstamo Perdonable del Gobierno <input type="checkbox"/> Beca sin fines de lucro <input type="checkbox"/> Préstamo sin fines de lucro <input type="checkbox"/> Préstamo perdonable sin fines de lucro <input type="checkbox"/> Préstamo privado <input type="checkbox"/> Otro: _____	

(b) Fuente de Fondos #2

Nombre del prestamista/proveedor de beca	
Propósito	
Cantidad	
<input type="checkbox"/> Préstamo del Gobierno <input type="checkbox"/> Beca del Gobierno <input type="checkbox"/> Préstamo Perdonable del Gobierno <input type="checkbox"/> Beca sin fines de lucro <input type="checkbox"/> Préstamo sin fines de lucro <input type="checkbox"/> Préstamo perdonable sin fines de lucro <input type="checkbox"/> Préstamo privado <input type="checkbox"/> Otro: _____	

Declaración Jurada de Duplicación de Beneficios ("Declaración Jurada")

(c) Fuente de Fondos #3

Nombre del prestamista/proveedor de beca	
Propósito	
Cantidad	
<input type="checkbox"/> Préstamo del Gobierno <input type="checkbox"/> Beca del Gobierno <input type="checkbox"/> Préstamo Perdonable del Gobierno <input type="checkbox"/> Beca sin fines de lucro <input type="checkbox"/> Préstamo sin fines de lucro <input type="checkbox"/> Préstamo perdonable sin fines de lucro <input type="checkbox"/> Préstamo privado <input type="checkbox"/> Otro: _____	

(d) Fuente de Fondos #4

Nombre del prestamista/proveedor de beca	
Propósito	
Cantidad	
<input type="checkbox"/> Préstamo del Gobierno <input type="checkbox"/> Beca del Gobierno <input type="checkbox"/> Préstamo Perdonable del Gobierno <input type="checkbox"/> Beca sin fines de lucro <input type="checkbox"/> Préstamo sin fines de lucro <input type="checkbox"/> Préstamo perdonable sin fines de lucro <input type="checkbox"/> Préstamo privado <input type="checkbox"/> Otro: _____	

(e) Fuente de Fondos #5

Nombre del prestamista/proveedor de beca	
Propósito	
Cantidad	
<input type="checkbox"/> Préstamo del Gobierno <input type="checkbox"/> Beca del Gobierno <input type="checkbox"/> Préstamo Perdonable del Gobierno <input type="checkbox"/> Beca sin fines de lucro <input type="checkbox"/> Préstamo sin fines de lucro <input type="checkbox"/> Préstamo perdonable sin fines de lucro <input type="checkbox"/> Préstamo privado <input type="checkbox"/> Otro: _____	

- Necesidad total insatisfecha (2- (3(a) + 3(b) + 3(c) + 3(d) + 3(e))) \$_____.
- Yo / nosotros no hemos recibido otros fondos de asistencia para la Necesidad enumerada en el párrafo 1 que no sean los establecidos anteriormente en el párrafo 3.
- Sección 312 de la Ley Robert T. Stafford Disaster Relief and Emergency Assistance Act (42 USC 5155), modificada por la sección 1210 de Disaster Recovery Reform Act de 2018 (división D de Public

Law 115–2 254; 132 Stat. 3442). prohíbe que las agencias federales brinden asistencia a cualquier persona por “cualquier parte de dicha pérdida” respecto de la cual haya recibido asistencia financiera bajo cualquier otro programa o de un seguro o cualquier otra fuente (como FEMA, SBA, la Cruz Roja, la Ciudad , Seguro de Empresa, etc.).

7. Yo / nosotros entendemos que la cantidad de asistencia recibida por mi/ nosotros el Condado de Imperial debe reducirse por la cantidad de asistencia de asistencia duplicada recibida o que se recibirá para la necesidad, de otras fuentes (como FEMA, SBA, Cruz Roja, la ciudad, seguro del hogar etc) con la misma finalidad.
8. Por lo tanto, yo/nosotros entendemos que si yo/nosotros recibimos asistencia de una fuente que no sea el Condado de Imperial (como FEMA, SBA, la Cruz Roja, la Ciudad, seguro de propietario de vivienda, etc.) para la Necesidad con el mismo propósito, Yo/Nosotros debemos reembolsar la asistencia recibida del Condado de Imperial.
9. Yo/nosotros certificamos bajo sanciones estatales y federales por perjurio y fraude que la información proporcionada anteriormente es verdadera y precisa y reconozco que el reembolso de toda la asistencia recibida por mí/nosotros del condado de Imperial, el pago de multas y/o encarcelamiento puede se requerirá en caso de que yo/nosotros proporcionemos información falsa, incompleta o engañosa en esta Declaración Jurada o durante el resto de este proceso. **Al ejecutar esta Declaración Jurada, el(los) Solicitante(s) reconoce(n) y entiende(n) que el Título 18 del Código de los Estados Unidos, Sección 1001: (1) convierte en una violación de la ley federal que una persona a sabiendas y deliberadamente (a) falsifique, oculte o encubra un material hecho; (b) hacer declaraciones o representaciones materialmente falsas, ficticias o fraudulentas; O (c) hacer o usar cualquier escrito o documento falso a sabiendas de que contiene una declaración o representación materialmente falsa, ficticia o fraudulenta, a cualquier rama del Gobierno de los Estados Unidos; y (2) requiere una multa, encarcelamiento por no más de cinco (5) años, o ambos, que pueden declararse un delito grave, por cualquier violación de dicha Sección.**

Participante _____

Firma de Participante _____ Fecha _____

Participante _____

Firma de Participante _____ Fecha _____

Auto-certificación de Ingresos Anuales para Implementar Dispensa Normativa COVID-19

INSTRUCTIONS:

Favor de un completar un formulario e incluya la información solicitada para todas las personas en el hogar. Complete un formulario adicional si el solicitante necesita más espacio. El cabeza de familia adulto debe firmar y fechar el formulario.

PARTE I: ELEGIBILIDAD

Este Programa de Servicios Públicos (Programa de Vales de Alimentos de Pagos de Subsistencia COVID-19) está limitado a familias con ingresos elegibles cuyos ingresos anuales no excedan el 80 por ciento del ingreso medio del área, [según lo determinado por HUD](#). Además, los Pagos de Subsistencia por COVID-19 a corto plazo están limitados a (a) solicitantes que han sufrido dificultades financieras de forma permanente o temporal debido a la pandemia de COVID-19.

Ingreso Máximo por Número de Personas en el Hogar								
CATEGORIA DE INGRESOS	1	2	3	4	5	6	7	8
Agudamente baja	\$ 8,450	\$ 9,650	\$ 10,850	\$12,050	\$13,000	\$14,000	\$14,950	\$15,900
Ingresos Extremadamente Bajos 30%	\$16,350	\$18,700	\$21,050	\$23,350	\$25,250	\$27,100	\$29,000	\$30,850
Muy Bajos Ingresos 50%	\$27,300	\$31,200	\$35,100	\$38,950	\$42,100	\$45,200	\$48,300	\$51,450
De Bajos Ingresos 80%	\$43,650	\$49,850	\$56,100	\$62,300	\$67,300	\$72,300	\$77,300	\$82,250

Para pagos de subsistencia de COVID-19: para cumplir con las pautas del programa HCD, el solicitante debe indicar si la categoría de elegibilidad se aplica a su hogar. No complete el resto de este formulario si el hogar no cumple con los límites de ingresos del programa y la categoría a continuación.

Marque todo lo que corresponda: Experimentar dificultades financieras

Si el solicitante ha experimentado dificultades financieras como resultado de la pandemia de COVID-19, debe describir cómo ha cambiado la situación financiera del hogar (p. ej., pérdida de empleo o reducción de ingresos, ya sea de manera temporal o permanente).

--

PARTE II: INFORMACIÓN DEL HOGAR

Ingrese la dirección legal (donde vive actualmente el solicitante) y la información de contacto a continuación. Si el hogar no tiene hogar o está en una vivienda temporal, proporcione una dirección postal (donde el solicitante recibe correo actualmente).

	Dirección Legal	Dirección postal (si es diferente de la legal)
Calle, Apt./Unidad #		
Estado, ciudad, código postal		
Números de teléfono)		
Correo (s) electrónico		

Auto-certificación de Ingresos Anuales para Implementar Dispensa Normativa COVID-19

Ingrese toda la información del hogar a continuación e indique si algún miembro es o será un estudiante de medio tiempo o de tiempo completo en los próximos 12 meses. No incluya asistentes internos, hijos de asistentes internos, niños adoptivos o adultos adoptivos.

Miembro del Hogar #	Nombre (apellido, nombre, inicial)	Relación con la cabeza de familia (codirector, cónyuge, hijo, etc.)	fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa)	*Estudiante (Tiempo parcial/completo, ninguno)	**Discapacitado (S/N)
1		Cabeza del hogar			
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					

*Nota para el solicitante: los estudiantes no califican para recibir asistencia al menos que la persona cumpla con una de las exenciones a continuación. Marque todo lo que corresponda:

- mayor de 24 años
 Veterano de las Fuerzas Armadas de EE. UU.
 casado/a
 tiene hijo(s) dependiente(s)
 el miembro es parte de un hogar de bajos ingresos

**Nota para el administrador: la columna "Discapacitado" no es obligatoria y solo se proporciona si se aplicarán deducciones según el ingreso ajustado en 24 CFR 5.611 para los programas de asistencia de alquiler basados en inquilinos.

PARTE III: INGRESOS ANUALES

Reporte todos los ingresos actuales y los ingresos que espera recibir en los próximos 12 meses, incluya **la compensación por desempleo a largo plazo y todos los pagos por riesgos**. NO INCLUYA: Pagos de impacto económico del IRS (cheques de estímulos), Compensación federal por desempleo pandémico (los \$600 adicionales por semana), Asistencia de pago suplementario por salarios perdidos (hasta \$400 por semana), ingresos de un ayudante residente, hijos de -asistentes, niños adoptivos, adultos adoptivos, o los ingresos de menores.

Auto-certificación de Ingresos Anuales para Implementar Dispensa Normativa COVID-19

Sección A: Para cada miembro del hogar (Mbr HH#) a continuación, anticipe el ingreso anual de los próximos 12 meses al convertir el ingreso actual a cifras anuales. Convierta los salarios/ingresos multiplicándolos por la frecuencia con la que se reciben y tenga en cuenta los montos que terminarán antes del final de los próximos 12 meses. Multiplique el ingreso semanal por 52; Ingreso quincenal (recibido cada dos semanas) por 26; Ingreso quincenal (recibido dos veces cada mes) por 24; e Ingreso mensual por 12. Un estudiante de tiempo completo, de 18 años o más (excluyendo al cabeza de familia o cónyuge) debe excluir las ganancias superiores a \$480 para el ingreso anual. Deje en blanco los que no apliquen. Para determinar el ingreso total del hogar, sume todas las columnas en la última fila de este cuadro.

Fuentes de Ingresos	Mbr HH# 1	Mbr HH# 2	Mbr HH# 3	Mbr HH# 4	Mbr HH# 5	Mbr HH# 6
Compensación por desempleo (incluye desempleo regular, Asistencia de Desempleo por Pandemia y Compensación de Desempleo de Emergencia por Pandemia) (excluidos los pagos de impacto económico del IRS; la compensación federal por desempleo pandémico; la asistencia para el pago del suplemento de salarios perdidos)	\$	\$	\$	\$	\$	\$
Sueldos, salario, horas extra, pago por riesgo, comisiones, honorarios, propinas, bonificaciones (antes de las deducciones de nómina)	\$	\$	\$	\$	\$	\$
Ingresos netos de negocios y trabajo por cuenta propia (incluya ingresos de contratistas independientes, trabajos de economía Gig como Etsy, Amazon, eBay, Uber, Lyft, Instacart, Grubhub, etc.)	\$	\$	\$	\$	\$	\$
Intereses, dividendos y otros ingresos netos de cualquier tipo de bienes inmuebles o muebles (incluye ingresos por alquileres)	\$	\$	\$	\$	\$	\$
Seguro Social (incluya discapacidad/suplementario; incluya monto bruto antes de cualquier prima de Medicare)	\$	\$	\$	\$	\$	\$
Jubilación/Pensión/Póliza de seguro/Anualidades	\$	\$	\$	\$	\$	\$
Beneficios por Incapacidad o Muerte (indemnización por invalidez)	\$	\$	\$	\$	\$	\$
Compensación al trabajador y pago de indemnización	\$	\$	\$	\$	\$	\$
Pagos de asistencia social (Asistencia Temporal a Familias Necesitadas)	\$	\$	\$	\$	\$	\$
Sueldo Regular, Sueldo Especial y Asignación de Vivienda para las Fuerzas Armadas (excluye pago por riesgo militar)	\$	\$	\$	\$	\$	\$
Beneficios de la Administración de Veteranos (VA) (excluye beneficios por discapacidad diferidos)	\$	\$	\$	\$	\$	\$
Pagos de asistencia para la adopción (excluya la cantidad en exceso de \$ 480)	\$	\$	\$	\$	\$	\$
Pensión alimenticia o manutención de los hijos (incluya solo las cantidades esperadas)	\$	\$	\$	\$	\$	\$
Obsequios en efectivo recurrentes de particulares/sin fines de lucro/caridad o amigos/familiares que no residirán en la unidad	\$	\$	\$	\$	\$	\$
Otro (por favor describa): _____	\$	\$	\$	\$	\$	\$
Total por cada Miembro del hogar	\$	\$	\$	\$	\$	\$
Sección A: Ingreso total del hogar	\$					

Auto-certificación de Ingresos Anuales para Implementar Dispensa Normativa COVID-19

Sección B - Ingresos de activos: Los ingresos anuales incluyen los ingresos derivados de los activos a los que tienen acceso los miembros del hogar. Los intereses o dividendos devengados se cuentan como ingreso incluso cuando las ganancias se reinvierten. Utilizando las siguientes categorías, informe el (a) tipo de activo(s) que posee cada miembro del hogar, (b) el valor en efectivo de los activos y (c) el ingreso derivado de los activos (indique las cifras anuales solamente). Si el activo no genera ingresos, reporte cero. Si el miembro del hogar no tiene bienes, déjelo en blanco. Calcule los totales en la última fila de esta tabla.

Miembro del Hogar #	Categorías de activos: Corrientes, Ahorros, Fondos mutuos, Cuenta Money Market. Equidad en propiedades de alquiler, jubilación y pensiones, 401(K), acciones, bonos, letras del Tesoro, certificados de depósito, anualidades, fideicomiso revocable, hipotecas o escritura de fideicomiso, póliza de seguro de vida entera, herencia de suma global, ganancias de lotería, seguros Asentamientos, propiedad personal mantenida como inversión (por ejemplo, antigüedades, gemas, etc.)	Valor en efectivo del activo	Intereses/Dividendos ganados sobre los activos
1		\$	\$
2		\$	\$
3		\$	\$
4		\$	\$
5		\$	\$
6		\$	\$
Miembro del Hogar #	Activos Dispuestos: Activos regalados por menos del valor justo de mercado en los últimos 24 meses con un valor superior a \$1,000 (por ejemplo, venta de una casa)	Valor en Efectivo de Dispuesto Activo	Ingresos de Activos Disponidos
		\$	\$
		\$	\$
		\$	\$
		Casilla (B1) Valor total de los activos	Caja (B2) Ingresos totales de activos
		\$	\$

*****Esta sección será completada por el Administrador del Programa*****

	Caja (B3) Valor del activo imputado
Si el monto en la Casilla (B1) es mayor a \$5000, calcular el valor imputado de los activos multiplicando Recuadro (B1) por la tasa de ahorros de libreta de (.06%)	\$
Sección B: Ingresos totales de activos (mayor de la caja (B2) o (B3))	\$
Ingreso Anual Total del Hogar (Secciones A + B)	\$

Auto-certificación de Ingresos Anuales para Implementar Dispensa Normativa COVID-19

PARTE IV: CERTIFICACIÓN DEL SOLICITANTE

Certifico bajo pena de perjurio que la información anterior es completa y precisa a mi leal saber y entender. Entiendo que el Título 18, Sección 1001 del Código de los EE. UU. establece que una persona es culpable de un delito grave y se puede cancelar la asistencia por hacer una declaración falsa o fraudulenta a sabiendas y voluntariamente a un departamento del Gobierno de los Estados Unidos. Acepto proporcionar cualquier documentación adicional requerida por el administrador del programa para documentar mi/nuestro ingreso familiar.

CABEZA DEL HOGAR		
Firma	Nombre impreso	Fecha
OTROS MIEMBROS ADULTOS DEL HOGAR		
Firma	Nombre impreso	Fecha
Firma	Nombre impreso	Fecha
Firma	Nombre impreso	Fecha
Firma	Nombre impreso	Fecha
Firma	Nombre impreso	Fecha