

DATOS DEL PARTICIPANTE

(Debe ser actualizado anualmente para cada inquilino)

Límite de ingresos por hogar a partir de Junio 1, 2021

Agencia auxiliar de subsidio: _____

Toda la información se mantendrá totalmente privada. Este programa está financiado por el Departamento de Viviendas y Desarrollo Urbano de los Estados Unidos (HUD, por sus siglas en inglés) a través del Departamento de Planificación y Desarrollo Comunitario de la Ciudad de Salem (DPCD, por sus siglas en inglés). Las regulaciones federales de HUD exigen que el DPCD haga las siguientes preguntas todos los años. Si usted tiene alguna pregunta respecto a este formulario, por favor llame al DPCD al número (978) 619-5685.

Nombre del participante o número asignado: _____

La siguiente información es requerida para determinar su elegibilidad para este programa:

Total Ingreso Bruto de toda la Familia (su ingreso mas el ingreso de otros miembros de la familia mayores de 18 años)

1. Seleccione la columna que corresponda al tamaño de su familia.

Haga un círculo en el ingreso bruto que corresponda al total de su familia.

	Numero Total de Personas en la Familia							
	1 Person	2 People	3 People	4 People	5 People	6 People	7 People	8 People
Total Ingreso Bruto de toda la Familia	Under \$28,200	Under \$32,200	Under \$36,250	Under \$40,250	Under \$43,500	Under \$46,700	Under \$49,950	Under \$53,150
	\$28,201-\$47,000	\$32,201-\$53,700	\$36,251-\$60,400	\$40,251-\$67,100	\$43,501-\$72,500	\$46,701-\$77,850	\$49,951-\$83,250	\$53,151-\$88,600
	\$47,001-\$70,750	\$53,701-\$80,850	\$60,401-\$90,950	\$67,101-\$101,050	\$72,501-\$109,150	\$77,851-\$117,250	\$83,251-\$125,350	\$88,601-\$133,400
	Over \$70,750	Over \$80,850	Over \$90,950	Over \$101,050	Over \$109,150	Over \$117,250	Over \$125,350	Over \$133,400

Al firmar este formulario, yo/nosotros certifico/certificamos que toda la información suministrada arriba es verdadera y correcta de acuerdo a mi/nuestro mejor saber y entender y no se ha excluido ninguna información, lo cual podría razonablemente afectar la decisión en cuanto a reunir los requisitos favorables. Yo/nosotros autorizamos a la agencia de subsidio y/o a la ciudad de Salem para que obtengan verificación de cualquier información que he/hayamos suministrado.

Nombre (Imprima) _____ *Firma* _____ *Fecha:* _____

La siguiente información estadística no afectará su elegibilidad para este programa. Si usted prefiere no contestar, el representante de la agencia aceptando este formulario puede completar esta parte via observación.

1. **Grupo Étnico:** ¿Es Usted Hispano o Latino*? Si: _____ No: _____

2. **Raza:** *(Marque uno indicando su raza)*

- | | | |
|----------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------|-------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Blanco | <input type="checkbox"/> Negro/Afro Americano | <input type="checkbox"/> Asiático |
| <input type="checkbox"/> Hawaiano/De otras islas del Pacífico | | <input type="checkbox"/> Indio Americano o nativo de Alaska |
| Razas mezcladas: | | |
| <input type="checkbox"/> Indio Americano/Nativo de Alaska & Blanco | | <input type="checkbox"/> Asiático & Blanco |
| <input type="checkbox"/> Negro/Afro Americano & Blanco | | |
| <input type="checkbox"/> Indio americano/nativo de Alaska & Negro/Afro americano | | <input type="checkbox"/> Otras razas mezcladas |

Para uso de la agencia sin fin lucrativo :

Fecha de llegada: _____

Basado en el tamaño de la familia y los ingresos, indique la categoría de los ingresos:

- Ingresos muy bajos Ingresos bajos Ingresos moderados Alto