



### **Klickitat-Skamania**

### **Programa de subvenciones en bloque para el desarrollo comunitario (CDBG) Programa COVID-19**

El programa Klickitat-Skamania CDBG COVID-19 brinda asistencia a hogares que tienen un ingreso medio del área del 80% o menos y que han experimentado una pérdida de ingresos relacionada con el COVID-19. Los pagos son por no más de seis meses consecutivos y están destinados a evitar la interrupción del servicio público, el desalojo, la ejecución hipotecaria O otra necesidad esencial a corto plazo. Se puede solicitar un pago máximo de \$ 3,000 por hogar.

#### **Los fondos están disponibles para los siguientes gastos vencidos incurridos desde 27/03/20 al presente:**

- Pago de renta
- Pagos hipotecarios
- Pagos de servicios públicos

#### **Para acceder a esta asistencia:**

1. **Complete todo el paquete de solicitud.** No deje espacios incompletos ni información requerida.
2. **Para acelerar este proceso, proporcione documentación que verifique la información certificada en la solicitud.** Específicamente, proporcione prueba de ingresos y fuente y declaración que muestre alquiler, hipoteca o servicios públicos vencidos.
3. **Devuelva el paquete de solicitud completo a Mid-Columbia Housing Authority por correo, fax, correo electrónico o buzón fuera de nuestra oficina.** Se utilizará un sistema de lotería para seleccionar a los solicitantes que recibirán fondos.
4. Después de que MCHA reciba su solicitud, MCHA la revisará y lo llamará con preguntas de seguimiento si es necesario.
5. El pago se hará directamente al dueño de vivienda, compañía hipotecaria o compañía de servicios públicos de su parte.

#### **Lista de verificación requerida para su solicitud completa:**

- Aplicación
- Verificación de ingresos (recibos de pago o documentos fiscales)
- Declaración del deno de vivienda, compañía hipotecaria o compañía de servicios públicos que muestre los montos vencidos
- Formulario de autocertificación
- Formulario de divulgación de información

Comuníquese con Angela Phillips al 541-296-5462 o [angelap@mid-columbiahousingauthority.org](mailto:angelap@mid-columbiahousingauthority.org) si tiene alguna pregunta o necesita ayuda para completar esta solicitud.

**Fecha límite de solicitud: 31/03/21  
para la primera ronda de lotería**



**Mid-Columbia Housing Authority Klickiat-Skamanía**

**Programa de subvenciones en bloque para el desarrollo comunitario (CDBG) COVID-19**

**Pagos de manutención de hipotecas/alquileres/servicios públicos - Formulario de solicitud y verificación**

Hasta un total de \$3000.00 está disponible para las familias afectadas por la COVID-19 que califican para obtener pagos de manutención de emergencia. Para solicitar ayuda, debe cumplir con los requisitos del programa, enviar la documentación necesaria y certificar este formulario antes de 31 de Marzo 2021.

Los fondos estarán disponibles de forma limitada. Enviar esta solicitud no garantiza la ayuda. Para mantener su privacidad, la información recopilada seguirá siendo confidencial, se utilizará solo para cumplir con los requisitos de mantenimiento de registros estatales y federales, y se retiene como información que no se puede divulgar.

Imprima lo siguiente:

<b>Nombre(s)</b>			
<b>Dirección de la casa</b>		<b>N.º de teléfono</b>	
<b>Correo electrónico</b>		<b>Monto total solicitado</b>	\$
<b>Realizar el pago a mi nombre para:</b>			
<b>Nombre</b>		<b>Teléfono o correo electrónico</b>	
<b>Dirección/N.º de cuenta</b>			
<b>Uso propuesto para los fondos</b>	<input type="checkbox"/> Servicio de agua <input type="checkbox"/> Servicio de alcantarillas <input type="checkbox"/> Alquiler <input type="checkbox"/> Hipoteca <input type="checkbox"/> Otro: _____		
<b>Mes(es) a cubrir</b>		<b>Monto</b>	\$
<b>Nombre</b>		<b>Teléfono o correo electrónico</b>	
<b>Dirección/N.º de cuenta</b>			
<b>Uso propuesto para los fondos</b>	<input type="checkbox"/> Servicio de agua <input type="checkbox"/> Servicio de alcantarillas <input type="checkbox"/> Alquiler <input type="checkbox"/> Hipoteca <input type="checkbox"/> Otro: _____		
<b>Mes(es) a cubrir</b>		<b>Monto</b>	\$
		<b>Datos</b>	
<b>DUPLICACIÓN DE BENEFICIOS:</b> ¿recibió o sabe que es elegible para recibir de otra fuente la ayuda financiera para cubrir los costos enumerados arriba, y si el monto total recibido superaría el total necesario para cubrir esos costos?			<input type="checkbox"/> <b>SÍ</b> <input type="checkbox"/> <b>NO</b>

<b>IMPACTO DE LA COVID-19:</b> debido a la COVID-19 ¿se le redujeron horas de trabajo, lo despidieron del trabajo de forma temporal o permanente, o padeció otra pérdida de ingresos? Si la respuesta es <b>SÍ</b> , proporcione detalles: _____	Porcentaje de pérdida de ingresos estimada desde un año antes: _____%	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>ESTADO DE EMERGENCIA O MANUTENCIÓN:</b> ¿recibió un vencimiento de pago atrasado, una notificación de desalojo o alguna otra prueba de que está en riesgo de perder su casa o los servicios públicos esenciales y es necesario hacer un pago de emergencia?	Cantidad de meses que no puede pagar: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Preguntas de calificación de los ingresos familiares de LMI (Seguro de prestamistas para hipotecas)**

El total de ingresos familiares es el ingreso bruto (sin las deducciones) de todas las otras fuentes de ingreso (salarios, apoyo para niños, SSI, seguros de desempleo, pensiones, ingresos de bienes, etc.) de todos los miembros adultos de la familia que conviven en la casa. Consulte el programa si no está seguro.

**Ingreso familiar total por anticipado de los próximos 12 meses**

Nombre	Edad	Marque si corresponde			Ingreso bruto anual (previo a deducciones)	Fuente de ingresos
		Jefe de familia	Jefe secundario de familia	Alumno de tiempo completo 18 años o mayor		
Enumere a <u>todos</u> los miembros de la familia, incluido usted.					\$	
					\$	
					\$	
					\$	
					\$	
<i>Agregue filas si corresponde</i>					\$	
<b>Ingreso familiar anual anticipado total:</b>					\$	

Haga un **CÍRCULO** en la cantidad de miembros de familia, incluido usted:

1	2	3	4	5	6	7	8+
Klickitat: \$37,700 Skamania: \$51,600	Klickitat: \$43,100 Skamania: \$59,000	Klickitat: \$48,500 Skamania: \$66,350	Klickitat: \$53,850 Skamania: \$73,700	Klickitat: \$58,200 Skamania: \$79,600	Klickitat: \$62,500 Skamania: \$85,500	Klickitat: \$66,800 Skamania: \$91,400	Klickitat: \$71,100 Skamania: \$97,300

¿El ingreso familiar total <b>anticipado</b> es <b>MENOR</b> o <b>MAYOR</b> que el monto \$ que figura debajo de la cantidad de personas marcadas con un círculo arriba? Si es <b>MENOR</b> , adjunte pruebas del ingreso familiar anual (como la última declaración de ingresos, los impuestos trimestrales, recibos de pago o estados de cuenta bancarios).	<b>MENOR</b> <input type="checkbox"/>	<b>MAYOR</b> <input type="checkbox"/>
--	--	--

<b>Etnia</b> (seleccione una)	<input type="checkbox"/> <b>No hispana</b>	<input type="checkbox"/> <b>Hispana</b>	
<b>Raza</b> (seleccione una)			
Blanca	<input type="checkbox"/>	Asiática	<input type="checkbox"/>
Negra o afroamericana	<input type="checkbox"/>	Nativa de Hawaii o isleña del Pacífico	<input type="checkbox"/>
Nativa americana o de Alaska	<input type="checkbox"/>	Otra o multirracial	<input type="checkbox"/>

**Certificación de solicitud:** *Certifico que la información proporcionada en este formulario es verdadera y correcta a mi leal saber y entender. Sé que existen sanciones por brindar información falsa de forma deliberada y con conocimiento. Autorizo a los representantes del gobierno a que hagan la verificación y brindaré la información adicional necesaria si lo solicitan.*

**Nombre del cliente** (consentimiento verbal permitido): \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

**Personal de la agencia** imprima y firme aquí: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

**Solo para uso administrativo del programa**

Calificación de LMI verificada de la familia: \_\_\_\_\_ Iniciales del personal/fecha: \_\_\_\_\_

Duplicación de beneficios evitada: \_\_\_\_\_ Iniciales del personal/fecha: \_\_\_\_\_

Autorización de fondos: \_\_\_\_\_ Iniciales del administrador/fecha: \_\_\_\_\_

Número de cuenta: \_\_\_\_\_ Monto autorizado: \_\_\_\_\_



**Autoridad de Vivienda de Mid-Columbia Klickitat-Skamania  
Programa de subvenciones globales para el desarrollo comunitario (CDBG)  
COVID-19**

**Pago de servicios públicos / alquiler / subsistencia hipotecaria: formulario de  
autocertificación**

Yo, \_\_\_\_\_, declaro que lo siguiente es verdadero (inicial junto a las declaraciones):

\_\_\_\_\_ He experimentado una pérdida de ingresos debido al COVID-19.

\_\_\_\_\_ Los ingresos que anoté en el Formulario de solicitud y verificación están completos y son precisos.

\_\_\_\_\_ Debido a mi pérdida de ingresos debido a COVID-19, mis gastos exceden mis ingresos y, por lo tanto, necesito los beneficios solicitados.

\_\_\_\_\_ No estoy recibiendo beneficios duplicados por los mismos costos que solicito al Programa CDBG-CV1 de cualquier otra fuente.

**Certifico que la información contenida en esta declaración de autodeclaración es completa y precisa según mi leal saber y entender. Entiendo que estoy firmando este documento bajo pena de enjuiciamiento penal si doy a sabiendas información falsa que resulte en asistencia para la cual no soy elegible.**

\_\_\_\_\_  
Firma del cliente (consentimiento verbal permitido) Y Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma del personal Y Fecha





**Autorización para  
Liberar información  
Para Klickitat-Skamania**

**Programa de subvenciones en bloque para el desarrollo comunitario  
(CDBG) Programa COVID-19**

Yo, \_\_\_\_\_, solicitante de los fondos de ayuda de COVID-19 de Mid-Columbia, autorizo a la Autoridad de Vivienda de Mid-Columbia y otra Agencia de Servicio Público local (PSA) \_\_\_\_\_, y sus representantes y empleados autorizados a compartir la identidad, ubicación, estado de los servicios sociales y cualquier otra información pertinente sobre mi hogar.

Además, autorizo a la Autoridad de Vivienda de Mid-Columbia y específicamente que PSA divulgue la misma información a Washington Department of Commerce (Commerce) y US Housing and Urban Development (HUD). Entiendo que la Autoridad de Vivienda de Mid-Columbia y el PSA pueden divulgar esta información a Commerce o HUD con el propósito de coordinar, evaluar y otras actividades asociadas con la administración de estos fondos.

Entiendo que ni Mid-Columbia Housing Authority, PSA, Commerce ni HUD me identificarán a mí ni a ningún otro miembro de mi hogar por nombre, dirección o número de teléfono 1) a otras agencias de servicios sociales, excepto para promover el propósito de coordinar actividades asociadas con la administración de estos fondos, o 2) a cualquier otro miembro del público o la prensa para cualquier propósito sin mi aprobación adicional específica. Sin embargo, autorizo a la Autoridad de Vivienda de Mid-Columbia, el PSA, Commerce y HUD a divulgar información de perfil descriptiva sobre mí y mi hogar en relación con estos fondos.

**FIRMA:**

\_\_\_\_\_ Solicitante

\_\_\_\_\_ Fecha

Esta divulgación de información es válida por un año a partir de la fecha de la firma, o hasta que se rescinda.

