

**Programa de Servicio Público AUTO-CERTIFICACION de Ingresos para  
Programa de Asistencia para Servicios Públicos de la Ciudad de Hanford**

**Nombre:** \_\_\_\_\_ **Numero de Cuenta:** \_\_\_\_\_  
 (Como aparece en su Factura de Agua de la Ciudad de Hanford) (De su cuenta de la Utilidades de Ciudad de Hanford)

**Numero de Telefono:** \_\_\_\_\_

*Página 1 para ser completado por el Solicitante*

**Part I: Participante confidencial/Beneficiario información demográfica de HUD**  
 (Esta sección es voluntaria)

<b>Etnicidad</b> (Seleccione uno)	<input type="checkbox"/> <b>No Hispano</b>	<input type="checkbox"/> <b>Hispano</b>
<b>Race</b> (Select One)		
<input type="checkbox"/> Blanco	<input type="checkbox"/> Indio Americano/Nativo de Alaska y Blanco	
<input type="checkbox"/> Negro/Afro Americano	<input type="checkbox"/> Asiático y Blanco	
<input type="checkbox"/> Asiático	<input type="checkbox"/> Negro/Afro Americano y Blanco	
<input type="checkbox"/> Indio Americano/Nativo de Alaska	<input type="checkbox"/> Indio Americano/Alaska y Negro/Afro Americano	
<input type="checkbox"/> Nativo Hawaiano/Otros Isleños del Pacífico	<input type="checkbox"/> Otros Multi-Racial	
<b>Otros Datos Demográficos</b> (Seleccione todo lo que se Aplica)		
<input type="checkbox"/> Jefa de Hogar Femenina	Edad del Participante (aplicable al jefe del hogar) <input type="checkbox"/> 0-18 años; <input type="checkbox"/> 19-24 años; <input type="checkbox"/> 25-44 años; <input type="checkbox"/> 45-64 años; <input type="checkbox"/> 65+ o mas	
<input type="checkbox"/> Participante: Discapacitados <input type="checkbox"/> Veterano <input type="checkbox"/> Ancianos <input type="checkbox"/>		

**Part II: Certificación de Ingreso Participante/Beneficiario Confidencial**  
 (Debe ser Completado y Firmado Antes de Proporcionar Servicio Público)

Mi tamaño total de la familia consiste en \_\_\_\_\_ miembros, y el total de ingresos brutos anuales\* para todos los miembros adultos es \$\_\_\_\_\_.

\*Los ingresos anuales brutos deben incluir todas las fuentes de ingresos (salarios, manutención de los hijos, SSI, desempleo, pensión, ingresos de activos, etc., pero no incluyen los ingresos de las ayudas viviendo en hogar, por **24 CFR 5.403**.

Certifico que la información dada en esta forma es verdadera y exacta al mejor de mi conocimiento. Soy consciente de que hay sanciones por intencionalidad y a sabiendas dando información falsa sobre una solicitud de fondos Federales, que puede incluir el reembolso inmediato de todos los fondos Federales recibidos y/o enjuiciamiento en virtud de la ley. Entiendo que la información de este formulario está sujeta a verificación por el personal federal como parte de la supervisión del cumplimiento.

**Firma:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_

**Dirección de Servicio:** \_\_\_\_\_

Por favor complete este formulario y adjunte su factura más actual del Southern California Edison (SCE) comprobante de su inscripción en el fondo de asistencia de energía (EAF) o Programa de ayuda a la tarifa eléctrica familiar (FERA) o Southern California Gas Programa de CARE y una factura actual de Utilidades de la Ciudad de Hanford. Usted debe presentar tanto la solicitud como la prueba de inscripción para ser elegible para el Programa de Asistencia para Servicios Públicos de La Ciudad. **Enviar formulario completado a: Ciudad de Hanford Departamento de Desarrollo Comunitario, División de Vivienda, 317 North Douty Street, Hanford CA 93230**

*La Ciudad de Hanford no discrimina en el empleo o la prestación de servicios sobre la base de raza, origen nacional, religión, estado civil, sexo, orientación sexual o cualquier otra razón prohibida por la ley estatal y federal.*



**Información de Servicio Público:**

Nombre del Servicio Público(s): Asistencia de Utilidades

Nombre de la Agencia que Presta el Servicio Público: Ciudad de Hanford

Área de Servicio del Programa:  Límites de la Ciudad

**Ingreso Familiar Participante / Beneficiario:**

Número de Personas en el Hogar	Ingresos Máximos*
1	\$33,550
2	\$38,350
3	\$43,150
4	\$47,900
5	\$51,750
6	\$55,600
7	\$59,400
8	\$63,250

\*FY 2017 Límites de Ingresos del HUD Condado de Kings

**El Personal debe:**

- Marque el tamaño aplicable de la familia y el límite de ingresos anuales
- Debe completar datos demográficos confidenciales, si el participante/beneficiario deja en blanco

**Nota:** Número significativo de participantes/beneficiarios del programa deben residir en el área de servicio del programa.

**Certificación de Personal de la Ciudad:** Certifico que los datos demográficos de los participantes/beneficiarios y la información de servicio público son verdaderos y correctos, al mejor de mis conocimientos. Certifico que, utilizando la publicación anual de ingresos del HUD actual en comparación con el tamaño y el ingreso de la familia indicada, el nivel de ingresos mostrado arriba es verdadero y correcto. Certifico que el estatus de residencia participante/beneficiario es verdadero y correcto, según los requisitos de 24 CFR 570.486 (b) y/o (c), según corresponda.

**Nota:** Esta certificación completada, si el beneficiario fue asistido o no, debe mantenerse en el archivo de programa para su revisión en el momento de la supervisión.

Certificado por: \_\_\_\_\_

Título del Trabajo \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

