

## Solicitud de vivienda permanente de HSH

Formulario D: Certificación de ingresos [a llenar por el cliente y el personal]

### Sección 1. Cuestionario de ingresos

#	Fuente de ingresos	Sí	No	Ingreso mensual (bruto)
1	<b>Empleo.</b> Tengo un empleo y recibo un sueldo, salario, pago de horas extras, comisiones, honorarios, propinas, bonificaciones y/o otras compensaciones.  Enumere las empresas y/o compañías que le pagan:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	1.			\$
	2.			\$
	3.			\$
2	<b>Autoempleo.</b> Trabajo por cuenta propia.  Indique la naturaleza del empleo:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$
3	<b>Desempleo.</b> Recibo beneficios por desempleo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$
4	<b>Retiro, etc.</b> Recibo pagos periódicos de fondos de retiro o pensiones, fideicomisos, donativos, herencias, pólizas de seguro o ganancias de lotería.  Enumere las fuentes:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	1.			\$
	2.			\$
	3.			\$



#	Fuente de ingresos	Sí	No	Ingreso mensual (bruto)	
5	<b>Apoyo monetario.</b> Recibo contribuciones monetarias de regalos, incluyendo pagos de renta o de servicios públicos, de forma continua de parte personas que no viven conmigo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$	
6	<b>Otros ingresos.</b> Recibo ingresos de bienes inmuebles o personales.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$	
7	<b>Asistencia Pública.</b> Recibo ayuda pública (ej. CalWorks, Asistencia General, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$	
8	<b>Seguro Social (SSA y SSDI).</b> Recibo pagos periódicos del Seguro Social.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$	
9	<b>Incapacidad (LTD y STD - [EDD SDI]).</b> Recibo beneficios por incapacidad o fallecimiento, aparte del Seguro Social.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$	
10	<b>Ingreso de Seguro Suplementario (SSI).</b> Recibo un Ingreso de Seguro Suplementario.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$	
11	<b>Beneficios de veteranos.</b> Recibo beneficios/ingresos de la Administración de Veteranos, GI Bill o de la Guardia Nacional/Militares.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$	
12	<b>Manutención de menores.</b> Tengo derecho a recibir pagos de manutención de menores.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	Actualmente estoy recibiendo manutención de menores de las siguientes personas:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	1.				\$
	2.				\$
	3.				\$
	Actualmente estoy haciendo esfuerzos para cobrar la manutención de menores que se me debe, como se indica a continuación (indique los esfuerzos):	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		



#	Fuente de ingresos	Sí	No	Ingreso mensual (bruto)
13	<b>Pensión alimenticia/apoyo.</b> Recibo pagos de pensión alimenticia/apoyo conyugal.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$
14	<b>Ingresos no ganados (del menor).</b> El hogar recibe ingresos no ganados de miembros de la familia de 17 años o menos (ejemplo: Seguro Social, desembolsos de fondos fiduciarios, etc.).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$
15	<b>Escuela.</b> Un miembro de mi grupo familiar recibe ayuda financiera para estudiantes (pública o privada). No incluya los préstamos y/o estipendios estudiantiles como ayuda financiera para estudiantes.  [ <b>NOTA:</b> esto sólo debe incluirse como ingreso en caso de los grupos familiares que reciben asistencia de la Sección 8 y los edificios con financiamiento de CTCAC; en caso de Continuum of Care, la ayuda financiera no se considera como ingresos, sin embargo, se requiere documentación, ver instrucciones.]	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$ [a ser estimado por el proveedor de PSH]
16	<b>Gastos no reembolsados/elegibles.</b> Incluye gastos médicos/de de incapacidad (o minusvalidez)/de cuidado de niños. Consulte el documento HUD 4350 para una lista de gastos elegibles.  [ <b>NOTA:</b> esto se aplica a las unidades PBV de la Sección 8 del HUD. Los gastos médicos/de incapacidad (o minusvalidez)/de cuidado de niños no reembolsados deben ser superiores al 3% de los ingresos brutos anuales para ser considerados.]	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$ [a ser estimado por el proveedor de PSH]
<b>Ingreso bruto mensual total [a llenar por el personal]:</b>				<b>\$</b>

<b>Sección 2. Certificaciones</b>		
<p>Certifico bajo pena de perjurio que la información mencionada en este formulario es verdadera y correcta, según mi/nuestro leal saber y entender. El abajo firmante entiende además que hacer manifestaciones falsas en este documento constituye un acto de fraude. La información falsa, erróneo o incompleta dará lugar a la negación de la solicitud o a la cancelación del contrato de arrendamiento.</p>		
Nombre del cliente en letra de molde:		
Firma del cliente:		Fecha:
Miembro del personal (Nombre en letra de molde):	Puesto:	Organización:
Miembro del personal (Firma):		Fecha:

<b>Declaración de ingresos nulos [Opcional]</b>		
<p>He revisado el Cuestionario de Ingresos y declaro que no tengo ingresos de ninguna de las fuentes enlistadas en la sección 1, líneas 1-16, ni de ninguna otra fuente.</p>		
Nombre del cliente en letra de molde:		
Firma del cliente:		Fecha:
Miembro del personal (Nombre en letra de molde):	Puesto:	Organización:
Miembro del personal (Firma):		Fecha: