

CITY OF MISSION
COMMUNITY DEVELOPMENT BLOCK GRANT CDBG-CV
PROGRAMA DE DESARROLLO COMUNITARIO CDBG-CV
EMERGENCY RENT / MORTGAGE / UTILITY ASSISTANCE PROGRAM APPLICATION
EMERGENCIA ALQUILER / HIPOTECA / SERVICIOS PÚBLICOS APLICACIÓN

The Community Development Block Grant – Coronavirus (CDBG-CV) Emergency Rent / Mortgage / Utility Assistance Program has been developed to prevent, prepare for, and respond to the coronavirus pandemic COVID -19. This program will provide up to six (6) months of emergency rent/mortgage/utility assistance for qualifying families living inside the city limits and will only be granted one time per household. Qualifying households must provide evidence of impending eviction/foreclosure, disconnection of utility services and/or a change in financial stability, such as job loss or reduction in hours. Business owners will not be considered. Assistance will be provided on a first come, first served basis. The program is available for households that own or rent/lease their current place of residence.

El Programa de Desarrollo Comunitario - Coronavirus (CDBG-CV) Emergencia de Alquiler / Hipoteca / Programa de Asistencia de Servicios Públicos se ha desarrollado para prevenir, prepararse y responder a la pandemia de coronavirus COVID -19. Este programa proporcionará hasta seis (6) meses de asistencia de alquiler/hipoteca/servicios públicos de emergencia para familias que califican que viven dentro de los límites de la ciudad y solo se otorgará una vez por hogar. Los hogares que califican deben proporcionar evidencia de inminente desalojo/ejecución hipotecaria, desconexión de los servicios públicos y/o un cambio en la estabilidad financiera, como la pérdida del empleo o la reducción de horas. No se considerarán dueños de negocios. La asistencia se brindará por orden de llegada. El programa está disponible para hogares que poseen o alquilan/arriendan su lugar de residencia actual.

DUPLICATION OF BENEFITS/DUPLICACIÓN DE BENEFICIOS

Have you received assistance or received a commitment for assistance related to COVID-19, from any other source?

¿Recibió asistencia o recibió un compromiso de asistencia relacionada con COVID-19, de alguna otra fuente?

Yes/Si ___ No/No ___

If yes, please disclose the agency *(En caso afirmativo, por favor revele la agencia):*

If yes, be aware that you are not eligible to receive duplicate funding under this program.

En caso afirmativo, tenga en cuenta que no es elegible para recibir fondos duplicados bajo este programa.

Indicate type of assistance applying for *(Indique el tipo de asistencia que solicita):*

Rent/Alquilar _____ (# of Bedrooms/Número de Recámaras): _____ Utilities/Servicios Públicos _____

Mortgage/Hipoteca _____ (# of Bedrooms/Número de Recámaras): _____

Effective date of Lease Agreement *(Fecha de vigencia del Contrato de Arrendamiento):* _____

Please check the one that applies *(Por favor marque el que aplique):* _____ **Not Applicable/No Aplica**

Renewal of Lease *(Renovación de arrendamiento):* _____ **New Lease Agreement** *(Nuevo contrato de arrendamiento):* _____

Applicant(Solicitante): _____ **SS#:** _____

DOB(Fecha de nacimiento): _____

Address(Dirección): _____, **Mission, TX** _____

Phone(Teléfono): _____ **Other(Otro):** _____ (Name/Nombre: _____)

Email Address *(Correo Electronico):* _____

Marital Status(Estado Civil): **Married(Casado)** _____ **Divorced(Divorciado)** _____ **Single(Soltero)** _____ **Widow(Viudo)** _____

Ethnicity(Etnicidad): **Hispanic(Hispano)** _____ **White(Blanco)** _____ **Black(Negro)** _____ **Other(Otro)** _____

HOUSEHOLD/FAMILY INFORMATION (INFORMACIÓN DEL HOGAR/ FAMILIA)

Please complete the following for ALL household members residing in the residence:

Complete lo siguiente para TODOS los miembros del hogar que residen en la residencia:

Full Name/ Nombre Completo	SS#/ Número Social	Date of Birth/ Fecha de Nacimiento	Relationship/ Relación	Gender/ Género

EMPLOYMENT INFORMATION / INFORMACION DE EMPLEO:

APPLICANT’S EMPLOYER (CURRENT) / EMPLEADOR DEL SOLICITANTE (ACTUAL)

Name of Company (Nombre de Compañía): _____

Phone (Teléfono): _____ Fax (Fax): _____

Address (DIRECCION): _____

Years employed (Años Empleo): _____

Position (Puesto): _____

Supervisor’s Name (Nombre del Supervisor): _____

Please indicate and explain if you or your household members have any of the following as a result of the coronavirus (COVID-19): *I Indique y explique si usted o los miembros de su hogar tienen alguno de los siguiente como resultado del coronavirus (COVID-19):*

***hours reduced,** *(horas reducidas)*

***laid-off, or** *(suspender el trabajo)*

***furloughed,** *(tomar un descanso del trabajo sin pago)*

***terminated from work** *(despedido/a)*

Are you a business owner? ¿Eres dueño de un negocio? Yes/Si ____ No/No ____

If yes, please be aware that your application will not be considered for assistance. (A business owner is the legal proprietor of a business.) *(En caso afirmativo, tenga en cuenta que su solicitud no será considerada para asistencia. El propietario de una empresa es el propietario legal de una empresa.)*

HOUSEHOLD INCOME: (INGRESOS DEL HOGAR):

Please indicate if you are paid weekly (W), bi-weekly (BW), bi-monthly (BM), monthly (M), or annually (A).
 Por favor indique si le pagan semanalmente (W), quincenal (BW), bimensual (BM), mensual (M) o anual (A).

A. For each member of the household, list the annual/yearly INCOME amount.

(Para cada miembro de la familia, indique la cantidad de INGRESOS anuales / anuales.)

1) Name <i>Nombre</i>	2) Wages & Salaries <i>Salarios</i>	3) Benefits & Pension Distributions <i>Beneficios y distribuciones de pensiones</i>	4) Public Assistance <i>Asistencia Pública</i>	5) Other Income (including Net Business) <i>Otros Ingresos</i>	6) Source <i>Fuente</i>	7) Annual Gross Income <i>Ingreso Bruto Anual</i>
						\$
						\$
						\$
						\$
						\$
						\$
TOTAL (Add the amounts in Column 7):						\$

ASSETS (BIENES):

A. If you or your household members have any of the following items, please provide value:

Si usted o los miembros de su hogar tienen alguno de los siguientes elementos, proporcione valor:

1) Members <i>Miembros</i>	2) Checking or Savings Account(s)? <i>¿Cuenta de Cheques o de Ahorro(s)?</i>	3) Cash <i>Efectivo</i>	4) Trust Funds/ Stocks, Bonds or Treasury Bills, Certificates of Deposits, Mutual Funds or Money Market Accounts? <i>Fondos fiduciarios / acciones, bonos o letras del tesoro, certificados de depósitos, fondos mutuos?</i>	5) Retirement Accounts or 401(k) or Pensions that you can access or are available for distribution? <i>¿Cuentas de jubilación o 401 (k) o pensiones a las que puede acceder o están disponibles para distribución?</i>	6) Actual Income from Assets <i>Ingresos reales de bienes</i>

FAIR MARKET RENT/VALUE (ALQUILER / VALOR DEL MERCADO JUSTO)

The current Fair Market Rent (FMR) published by HUD determines the maximum subsidy for a family as follows, however, is subject to change: *El alquiler justo de mercado actual (FMR) publicado por HUD determina el subsidio máximo para una familia de la siguiente manera, sin embargo, está sujeto a cambios:*

FY 2023 McAllen-Edinburg-Mission, TX MSA FMRs By Bedroom Sizes (Tamaños de Habitación)					
Year	Efficiency	One-Bedroom	Two-Bedroom	Three-Bedroom	Four-Bedroom
FY 2023 FMR	\$689	\$693	\$877	\$1,141	\$1,257
https://www.huduser.gov/portal/datasets/fmr.html					Effective: October 1, 2022

FY 2022-2023 Recommended Mortgage Assistance Limits				
Efficiency	One-Bedroom	Two-Bedroom	Three-Bedroom	Four-Bedroom
\$560	\$660	\$810	\$1,010	\$1,110
Effective: October 1, 2022				

**INCOME TABLE (BELOW):
TABLA DE INGRESOS (ABAJO):**

Household Size	Extremely Low Income (30%)	Very Low Income (50%)	Low Income (80%)
1 Person	\$14,350	\$23,850	\$38,150
2 Persons	\$16,400	\$27,250	\$43,600
3 Persons	\$18,450	\$30,650	\$49,050
4 Persons	\$20,450	\$34,050	\$54,450
5 Persons	\$22,100	\$36,800	\$58,850
6 Persons	\$23,750	\$39,500	\$63,200
7 Persons	\$25,400	\$42,250	\$67,550
8 Persons	\$27,000	\$44,950	\$71,900

Effective: June 15, 2022

CERTIFICATION: I/We certify that the information provided is true and correct and acknowledge my/our understanding that any intentional or negligent misrepresentation(s) of the information submitted to the program will require reimbursement and may result in civil liability and/or criminal penalties including, but not limited to a fine or imprisonment or both under the provisions of United States Codes.

CERTIFICACIÓN: Certifico/certificamos que la información proporcionada es verdadera y correcta y reconozco mi/nuestro entendimiento de que cualquier tergiversación intencional o negligente de la información presentada del programa requerirá reembolso y puede dar lugar a responsabilidad civil y / o sanciones penales que incluyen, entre otras, una multa o prisión o ambas bajo las disposiciones de los Códigos de los Estados Unidos.

Signature of Applicant (Firma del Solicitante) Date/Fecha

Signature of Co-Applicant (Firma del Co-Solicitante) Date/Fecha

Other Household Member (Miembro Mayor de Edad) Date/Fecha

Other Household Member (Miembro Mayor de Edad) Date/Fecha

Eligibility Reviewed and Verified by: _____
Esther G. Rivera, Housing Coordinator Date

Approved by: _____
Jo Anne Longoria, CD Director Date