

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 three (3) 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 tres (3) 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. Trabajadores pro cuenta propia no serán considerados. 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: Rent ____ Mortgage ____ Utilities ____
(# of Bedrooms ____)

Indique el tipo de asistencia que solicita: Renta ____ Alquiler ____ Servicios Públicos ____
(Número de recámaras ____)

Applicant(Solicitante): _____ SS#: _____

DOB(Fecha de nacimiento): _____

Address(Dirección): _____ Mission, TX 78572

Phone(Teléfono): _____ Other(Otro): _____

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

Separated(Separado) ____

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/ <i>Nombre Completo</i>	SS#/ <i>Número Social</i>	Date of Birth/ <i>Fecha de Nacimiento</i>	Relationship/ <i>Relación</i>	Gender/ <i>Género</i>

EMPLOYMENT INFORMATION / INFORMACION DE EMPLEO:**APPLICANT'S EMPLOYER (CURRENT) / EMPLEADOR DEL SOLICITANTE (ACTUAL)**

NAME OF COMPANY (NOMBRE DE COMPANIA): _____

PHONE (TELÉFONO) _____

ADDRESS(DIRECCION): _____

YEARS EMPLOYED (AÑOS EMPLEADO): _____

POSITION (POSICIÓN): _____

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):

Indique y explique si usted o los miembros de su hogar tienen alguno de los siguientes síntomas como resultado del coronavirus (COVID-19):

- hours reduced, (horas reducidas)
- furloughed, (tomar un descanso del trabajo sin pago)
- laid-off, or (suspender el trabajo)
- terminated from work (despedido/a)

Are you self-employed? Usted trabaja por cuenta propia? Yes/Si ____ No/No ____

If yes, please be aware that your application will not be considered for assistance (En caso afirmativo, tenga en cuenta que su solicitud no será considerada para asistencia)

(Someone who works for themselves or is an owner of a business)

(Alguien que trabaja por cuenta propia o es propietario 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).

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

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

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 2020 McAllen-Edinburg-Mission, TX MSA FMRs for All Bedroom Sizes (Tamaños de Habitación)

FY 2020 FMRs By Unit Bedrooms					
Year	Efficiency	One-Bedroom	Two-Bedroom	Three-Bedroom	Four-Bedroom
FY 2020 FMR	\$573	\$577	\$743	\$955	\$1,068

<https://www.huduser.gov/portal/datasets/fmr.html>

Recommended Mortgage Assistance Limits				
One-Bedroom	Two-Bedroom	Three-Bedroom	Four-Bedroom	
\$550	\$700	\$900	\$1,000	

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

Household Size	Extremely Low Income (30%)	Very Low Income (50%)	Low Income (80%)
1 Person	\$12,760	\$20,650	\$33,000
2 Persons	\$17,240	\$23,600	\$37,700
3 Persons	\$21,720	\$26,550	\$42,400
4 Persons	\$26,200	\$29,450	\$47,100
5 Persons	\$30,680	\$31,850	\$50,900
6 Persons	\$34,200	\$34,200	\$54,650
7 Persons	\$36,550	\$36,550	\$58,450
8 Persons	\$38,900	\$38,900	\$62,200

Effective: July 1, 2020

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 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 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*)

Signature of Co-Applicant (*Firma del cosolicitante*)

Other Household Member (*Miembro mayor de edad*)

Other Household Member (*Miembro mayor de edad*)

FOR OFFICE USE ONLY:	
Landlord W-9 Form	YES or NO
How many months of assistance will be provided?	

Eligibility Reviewed
and Verified by:

Gabriel Ramirez, Housing Coordinator

Approved by:

Jo Anne Longoria, CD Director