City of Santa Maria Community Programs Division

CDBG FY 2025-26 FORMULARIO DE ADMISIÓN DE CLIENTES DE SERVICIO PÚBLICO

1. Nombre del Cliente: _____

Primer Segundo Apellido Sufijo

2. Nombre de Agencia: _____ **Servicio Proporcionado:** _____

3. Elegibilidad para el Programa CDBG*: ☐ Residente Legal ☐ Estatus Migratorio Satisfactorio ☐ Estatus Migratorio Insatisfactorio

☐ No aplicable / Exento (alojamiento temporal, respuesta a desastres, bancos de alimentos, asesoramiento en crisis o servicios médicos no basados en ingresos)

Esta información se recopila únicamente para determinar la elegibilidad para servicios financiados federalmente. No se compartirá con inmigración.

4. Raza:

☐ Blanco
☐ Indio Americano/Nativo de Alaska
☐ Negro/Afroamericano
☐ Asiático
☐ Nativo de Hawái/Isleño del pacífico
☐ Mixto: Negro/Afroamericano y Blanco
☐ Mixto: Indio Americano/Nativo de Alaska y Blanco
☐ Mixto: Indio Americano/Nativo de Alaska y Negro/Afroamericano
☐ Mixto: Asiático y Blanco
☐ Mixto: Otro

5. Etnicidad: ☐ No-Hispano/ No-Latino ☐ Hispano/ Latino

6. Sexo: ☐ Masculino ☐ Femenino

7. Mujer Cabeza de Hogar: ☐Si ☐No

8. Hogar/Persona asistida que:

☐ Ahora tiene nuevo o acceso continuo de este servicio o beneficio
☐ Ahora ha mejorado el acceso de este servicio o beneficio
☐ Ahora recibe un servicio o beneficio que no es deficiente

9. Circule el nivel de ingreso por tamaño del hogar (*Efectivo 1 de junio de 2025)*

Tamaño del Hogar	1 Per	2 Per	3 Per	4 Per	5 Per	6 Per	7 Per	8 Per
Muy Bajos Ingresos (30%)	$37,100	$42,400	$47,700	$52,950	$57,200	$61,450	$65,700	$69,900
Bajos Ingresos (50%)	$61,800	$70,600	$79,450	$88,250	$95,350	$102,400	$109,450	$116,500
Ingresos Moderados (80%)	$98,850	$113,000	$127,100	$141,200	$152,500	$163,800	$175,100	$186,400

REQUERIDO: Firma del Cliente _____ **Fecha** _____

PARA PERSONAL DE AGENCIA

*Para la pregunta #3, si la agencia no está exenta, explique cómo verifico la elegibilidad para el estatus migratorio:

_____

STAFF SIGNATURE _____ **DATE** _____