

City of Fort Worth
CERTIFICATION OF INCOME STATEMENT

Applicant Name: _____

Current Address: _____

Phone #: _____

City and Zip: _____

Name of Child to Receive CDBG Assistance: _____

Household Members and Income
(including child beneficiary And applicant)

Last Name	First Name	Age	Monthly Income \$\$	Source of Income

TOTAL NUMBER OF FAMILY MEMBERS _____ (Include Yourself, Spouse, Children, etc.)

Total Gross Annual Household Income: _____

CHILD BENEFICIARY INFORMATION: (Check one in each item. This Information is Required for Federal Reporting Purposes)

- a. MALE b. WHITE BLACK/AFRICAN AMERICAN BLACK/AFRICAN AMERICAN & WHITE
 FEMALE AMERICAN INDIAN/ALASKAN NATIVE ASIAN
 AMERICAN INDIAN/ALASKAN NATIVE & WHITE ASIAN & WHITE
 NATIVE HAWAIIAN/OTHER PACIFIC ISLANDER BALANCE/OTHER
 AMERICAN INDIAN/ALASKAN NATIVE & BLACK/AFRICAN AMERICAN

- c. ETHNICITY d. DISABLED e. IS HEAD OF HOUSEHOLD FEMALE?
 HISPANIC YES YES
 NON-HISPANIC NO NO

Certification: I certify that the information I am providing is true and could be subject to verification at any time by a third party. I also acknowledge that the provision of false information could leave me subject to the penalties of Federal, State and local law.

Signature of Applicant

Date

WARNING: TITLE 18, SECTION 1001 OF THE U.S. CODE STATES THAT A PERSON IS GUILTY OF A FELONY FOR KNOWINGLY AND WILLINGLY MAKING FALSE OR FRAUDULENT STATEMENTS TO ANY DEPARTMENT OF THE UNITED STATES GOVERNMENT.

-----For use by Agency staff only-----

Household Size: _____ Gross Annual Income: _____

Applicable Income Limit: _____ Is Applicant Eligible? _____

Check if Applicant refused to provide demographic information or if information is incorrect:

Staff Assessment of Demographics: _____

Person Making Determination: _____ Date: _____

NOTE: Address, income amounts and sources for ALL household members are required.

Ciudad de Fort Worth CERTIFICACIÓN DE DECLARACIÓN DE INGRESOS

Nombre del Solicitante: _____
 Dirección de Actualidad: _____ Teléfono: _____
 Ciudad y Código Postal: _____
Nombre de niño para recibir asistencia CDBG: _____

Miembros Del Hogar e Ingresos (Incluyendo el/la Solicitante y Niño Beneficiado)

Apellido	Nombre	Edad	Ingreso Mensual	Origen de Ingresos

* TOTAL NÚMERO DE MIEMBROS DEL HOGAR _____ (Inclúyase Usted.)

Total Anual de Ingresos del hogar: _____

** **INFORMACIÓN DEL NIÑO BENEFICIADO:** (Seleccione uno en cada artículo. Esta información es requerida por el Gobierno federal.)

- a. MASCULINO FEMININO b. BLANCO NEGRO/AFRICANO AMERICANO NEGRO/AFRICANO AMERICANO & BLANCO
 INDIO AMERICANO/NATIVO DE ALASKA ASIATICO
 INDIO AMERICANO/NATIVO DE ALASKA & BLANCO ASIATICO & BLANCO
 NATIVO HAWAIANO/OTRO DE LAS ISLAS PACIFICAS BALANCE/OTRO
 INDIO AMERICANO / NATIVO DE ALASKA & NEGRO/AFRICANO AMERICANO
- c. ETHNICIDAD d. INCAPACITADO e. ¿ES LA CABEZA DEL HOGAR MUJER?
 HISPANO SI SI
 NO-HISPANO NO NO

Certificación: Yo certifico que la información que yo estoy proporcionando es verdadera y puedo ser sujeto a verificación a cualquiera hora por tercera parte. Yo también reconozco que la provisión de información falsa puede dejarme sujeto a penalidades Federales, Estatales, y a ley local.

Firma del Solicitante

Fecha

ADVERTENCIA: TITULO 18, SECCIÓN 1001 DEL CODIGO DE LOS ESTADOS UNIDOS INDICA QUE UNA PERSONA ES CULPABLE DE UN DELITO POR SABER Y VOLUNTARIAMENTE HACER DECLARACIONES FALSOS O FRAUDULENTAS A CUALQUIER DEPARTAMENTO DE GOBIERNO DE LOS ESTADOS UNIDOS.

-----Para use de empleados de la agencia-----

De Miembros de Familia: _____ Ingreso Anual: _____

Límite de Ingreso: _____ ¿Es solicitante elegible? : _____

Compruebe si el solicitante se negó a dar su información personal o si la información es incorrecta:

Evaluación del empleado sobre información personal: _____

Persona haciendo la determinación: _____ Fecha: _____

Note: La dirección de la casa y los ingresos (y sus orígenes) para todos miembros del hogar son requeridos.