



Application COVID-19 Utility Assistance Program

This program awards up to \$600.00 in credit on balances that are past due at the time of application and is restricted to single family residences only. Anticipated past dues will not be credited. Please return the application and Beneficiary Qualification Statement via Fax to (442) 249-1101 or via email to customerservice@ci.adelanto.ca.us or via U.S. mail to 11600 Air Expressway, Adelanto, CA 92301 or place in the drop at our drop box located at City Hall, 11600 Air Expressway, Adelanto, CA 92301.

Este programa otorga hasta \$ 600.00 en crédito sobre saldos vencidos al momento de la solicitud y está restringido a residencias unifamiliares únicamente. No se acreditarán las cuotas pasadas anticipadas. Envíe la solicitud y la Declaración de calificación del beneficiario por fax al (442) 249-1101 o por correo electrónico a customerservice@ci.adelanto.ca.us o por correo de EE. UU. A 11600 Air Expressway, Adelanto, CA 92301 o coloque en buzón ubicado en City Hall, 11600 Air Expressway, Adelanto, CA 92301.

Last Name:	First Name:
Account #:	
Address:	Phone #:

X

Customer Signature	Date
---------------------------	-------------

Office Use Only

(Do not staple)

Balance \$	Eligible Credit \$
-------------------	---------------------------

- O- Single Family Residential Home
- O- Beneficiary Qualification Statement
- O- No portion of the balance predates 01/01/2020.
- O- A copy of the most recent bill is attached.

Representative	Date
-----------------------	-------------

Supervisor Review	Date
--------------------------	-------------

Finance Approval	Date
-------------------------	-------------

Batch #	
Receipt #	
Processed By:	Date:

COUNTY OF SAN BERNARDINO COMMUNITY DEVELOPMENT AND HOUSING

<u>Project/ Activity Title:</u> Adelanto: Emergency Utility Assistance Program	<u>PROJECT/CASE NUMBER:</u> ADEL-19CV-2-05Q/0190
---	---

<u>Name/Address of Contract Agency:</u> City of Adelanto 11600 Air Expressway, Adelanto, CA 92301	<u>Date of Issue:</u> <input checked="" type="checkbox"/> Original: Beginning 7/1/2020 <input type="checkbox"/> Amendment No.:
---	--

BENEFICIARY QUALIFICATION STATEMENT

This form has the purpose of providing information needed to qualify the use of federal Community Development Block Grant (CDBG-CV) funds for the project/activity described above. This statement must be completed and signed by the person (or legal guardian of the person) requesting to receive benefits from the described project/activity. Only one statement per person, per fiscal year is required (fiscal year begins July 1 and ends June 30).

Please answer each of the following questions.

1. This question helps you determine the size of your household. For this question a household is a group of related or unrelated persons occupying the same house with at least one member being the head of the household. Renters, roomers, or borders cannot be included as household members.

How many persons are in your household? _____

2. This question asks if you are from a low- and moderate-income household. For this question, a list of the EXTREMELY LOW-INCOME, VERY LOW-INCOME and LOW-INCOME categories* are presented below. Please add up the combined gross annual income of all persons in your household from all sources of income. **In the blanks provided, write (yes) or (no) if your combined gross annual income is equal to or less than the, EXTREMELY LOW-INCOME, VERY LOW-INCOME, or LOW-INCOME amount for the number of persons in your household.**

	YES/NO
EXTREMELY LOW-INCOME	_____
VERY LOW-INCOME	_____
LOW-INCOME	_____

	Number of Persons in Your Household							
	1	2	3	4	5	6	7	8
EXTREMELY LOW-INCOME LIMIT (\$)	15,850	18,100	21,720	26,200	30,680	35,160	39,640	44,120
VERY LOW-INCOME LIMIT (\$)	26,400	30,150	33,900	37,650	40,700	43,700	46,700	49,700
LOW-INCOME LIMIT (\$)	42,200	48,200	54,250	60,250	65,100	69,900	74,750	79,550

* Taken from FY 2020 Income Limits Summary: <https://www.huduser.gov/portal/datasets/il/il2020/2020summ>

COUNTY OF SAN BERNARDINO COMMUNITY DEVELOPMENT AND HOUSING

<u>Project/ Activity Title:</u> Adelanto: Emergency Utility Assistance Program	<u>PROJECT/CASE NUMBER:</u> ADEL-19CV-2-05Q/0190
<u>Name/Address of Contract Agency:</u> City of Adelanto 11600 Air Expressway, Adelanto, CA 92301	<u>Date of Issue:</u> <input checked="" type="checkbox"/> Original: Beginning 7/1/2020 <input type="checkbox"/> Amendment No.:

3. Please indicate how you identify yourself by checking only one of the following choices:

	Hispanic	Non-Hispanic
White	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Black/African American	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
American Indian/Alaskan Native	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Asian	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Native Hawaiian/Other Pacific Islander	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
American Indian/Alaskan Native & White	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Asian & White	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Black/African American & White	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
American Indian/Alaskan Native & Black/African American	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Balance/Other	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4. Please check whether you belong to a Female Headed Household: YES NO

5. Please describe the hardship/ circumstance related to the COVID-19 pandemic. Example: Loss of wages or increased medical expenses due to COVID-19.

(Description)

ACKNOWLEDGMENT AND DISCLAIMER

I CERTIFY UNDER PENALTY OF PERJURY THAT INCOME AND HOUSEHOLD STATEMENTS MADE ON THIS FORM ARE TRUE.

NAME : _____ DATE : _____
ADDRESS : _____ CITY : _____ ZIP : _____
SIGNATURE : _____ PHONE : _____

The information you provide on this form is for Community Development Block Grant (CDBG-CV) program purposes only and will be kept confidential.

COUNTY OF SAN BERNARDINO COMMUNITY DEVELOPMENT AND HOUSING

Project/ Activity Title:

Adelanto: Emergency Utility Assistance Program

PROJECT/CASE NUMBER:

ADEL-19CV-2-05Q/0190

Name/Address of Contract Agency:

City of Adelanto
11600 Air Expressway, Adelanto, CA 92301

Date of Issue:

Original: Beginning 7/1/2020
 Amendment No.:

ARACIÓN DE LA CALIFICACIÓN DEL BENEFICIARIO

Esta forma tiene el propósito de proporcionar la información necesaria para calificar el uso de los fondos federales del bloque del desarrollo de la comunidad (CDBG-CV) para el proyecto/actividad descrito arriba. Esta declaración se debe llenar y firmar por la persona (o la tutela legal de la persona) que solicita para recibir beneficios del proyecto/actividad descrito. Solamente una declaración por persona, por año se requiere.

Conteste por favor a cada una de las preguntas siguientes.

1. Esta pregunta le ayuda a determinar el tamaño de su casa. En esta pregunta un hogar es un grupo de personas relacionadas o sin relación que ocupan la misma casa por lo menos con un miembro que es la cabeza de la casa. Los inquilinos no se pueden incluir como miembros de la casa.

¿Cuántas personas viven en su casa? _____

2. Esta pregunta explica si usted es de un hogar de ingresos bajos y moderados. Para esta pregunta, la lista de categorías de INGRESOS-ESTREMADO BAJOS, INGRESO-BAJOS *se presenta abajo. Sume por favor para arriba los ingresos brutos anuales combinados de todas las personas en su hogar y de todas las fuentes de los ingresos. En el espacio en blanco, escriba (sí) o (no) si su ingreso anual grueso combinado es igual o menos que la cantidad de INGRESOS-ESTREMADO BAJOS, INGRESOS-MUY BAJOS, INGRESO-BAJOS para el número de personas en su casa.

	Sí/No
INGRESOS-ESTREMADO BAJOS	_____
INGRESOS-MUY BAJOS	_____
INGRESO-BAJOS	_____

	Numero de Personas en su Hogar							
	1	2	3	4	5	6	7	8
INGRESOS-ESTREMADO BAJOS (\$)	15,850	18,100	21,720	26,200	30,680	35,160	39,640	44,120
INGRESOS-MUY BAJOS (\$)	26,400	30,150	33,900	37,650	40,700	43,700	46,700	49,700
INGRESO-BAJOS (\$)	42,200	48,200	54,250	60,250	65,100	69,900	74,750	79,550

* Tomado de FY 2020 Resumen Límites de Ingresos: <https://www.huduser.gov/portal/datasets/il/il2020/2020summary.odn>

COUNTY OF SAN BERNARDINO COMMUNITY DEVELOPMENT AND HOUSING

<u>Project/ Activity Title:</u> Adelanto: Emergency Utility Assistance Program	<u>PROJECT/CASE NUMBER:</u> ADEL-19CV-2-05Q/0190
<u>Name/Address of Contract Agency:</u> City of Adelanto 11600 Air Expressway, Adelanto, CA 92301	<u>Date of Issue:</u> <input checked="" type="checkbox"/> Original: Beginning ### <input type="checkbox"/> Amendment No.:

3. Indique por favor cómo se identifica usted, marcando solamente una de las opciones siguientes:

	Hispano	No-Hispano
Blanco	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Negro/Afro Americano	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Indio Americano/Nativo de Alaska	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Asiático	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nativo Hawaiano/Otra Isla del Pacífico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Indio Americano/Nativo de Alaska & Blanco	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Asiático & Blanco	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Negro/Afro Americano & Blanco	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Indio Americano/Nativo de Alaska & Negro/Afro Americano	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Balance/Otro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4. Marque por favor si usted pertenece a un hogar encabezado femenino: Sí No

5. Por favor describa la condición de que se calificaría como siendo considerado en una de las siguientes categorías de ingresos bajos y moderados presunta: niño abusado, maltratado cónyuge, persona de edad avanzada, personas sin hogar, adultos discapacitados, personas analfabetas, o trabajador agrícola migrante:
(Descripción)

RECONOCIMIENTO Y NEGACIÓN

CERTIFICO BAJO PENA DE PERJURIO QUE LAS DECLARACIONES HECHAS EN ESTA FORMA, ACERCA DE LOS INGRESOS Y DE LAS CUENTAS DE LA CASA SON VERDADERAS.

NOMBRE: _____ FECHA: _____

DOMICILIO: _____ CIUDAD : _____ CODIGO : _____

FIRMA : _____ TELEFONO : _____

La información que usted proporciona en esta forma es para los propósitos del programa de fondos del desarrollo de la comunidad (CDBG-CV) solamente y será mantenida confidencial.