



Operated By Vermont Slauson Economic Development Corporation

Negocios Operando Solicitud de Servicios

Instrucciones de Aplicación

Por favor, llene la solicitud completamente. Marcar N / A para los artículos que no se aplican.

Si esta actualmente operando un negocio, por favor complete la sección que dice "Negocio Operando".

Por favor tenga en cuenta que la información demografica se colecta con el proposito de documentar servicios proporcionados bajo los auspicios de LA BusinessSource Center y se usa para proveer recursos relevantes (por ejemplo oportunidades de financiamiento para dueños minoritarios/mujeres, etc.). Toda información se mantendra confidencial.

Si usted está llenando esta solicitud de forma electrónica: haga clic en cada línea o caja para agregar sus respuestas y deje la línea de firma en blanco.

Lista de Requisitos

Por favor:

- Llene todos los campos en la solicitud que apliquen a usted.
- RESIDENTES DE LOS ANGELES ó AQUELLOS QUE OPERAN UN NEGOCIO EN LOS ANGELES:** Para verificar su residencia, por favor regrese su solicitud con:
 - Una copia de su identificación de California / licencia de conducir.
 - Si la dirección de su identificación no es su dirección actual, por favor proporcione una copia de un recibo de utilidades publicas u otro documento semi-formal (por ejemplo, notificación de trabajo, escuela, o gobierno).
 - Si esta operando un negocio, incluya una copia de toda documentación de registración de su negocio (por ejemplo, licencia del negocio, DBA, Articulos de Incorporación, etc.).
 - Copia de documentación de ingresos.

Si tiene preguntas, visite la sección de Preguntas Frecuentes en nuestro sitio de web www.vsedc.org o llame al (323) 789 4515, o mande correo electrónico a l Elliot@vsedc.org o a fborja@vsedc.org. Gracias por su interés en nuestro entrenamiento y/o servicios de consejería para negocios.



OFFICIAL USE ONLY	
ETP:	
Ssn # _____	Loc. _____

TA: _____	

Operado por Vermont Slauson Economic Development Corporation

Aplicación

Información del Cliente

Por favor complete toda la información en la aplicación de manera legible; ponga N/A en los temas que no se aplican.

Nombre: _____

Domicilio: _____

Ciudad: _____ **Estado:** _____ **Zona Postal:** _____

Teléfono En Casa: _____ **Teléfono Celular:** _____

Correo Electrónico: _____

Información demográfica

Fecha de Nacimiento: _____ **Genero:** Femenino Masculino

Grupo Étnico

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Amer Indio/Nativo de Alaska | <input type="checkbox"/> Blanco (no Hispano) |
| <input type="checkbox"/> Asiatico/Islas de Pacifico | <input type="checkbox"/> Dos o mas razas |
| <input type="checkbox"/> AfroAmericano (no Hispano) | <input type="checkbox"/> Otro |
| <input type="checkbox"/> Hispano | |

Nivel de Educación (por favor indique el nivel mas alto que completo)

- | | |
|--|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Menos de preparatoria | <input type="checkbox"/> Licenciatura |
| <input type="checkbox"/> Diploma de preparatoria/GED | <input type="checkbox"/> Maestría |
| <input type="checkbox"/> Algo de Colegio | <input type="checkbox"/> Vocacional |
| <input type="checkbox"/> Associate Degree | <input type="checkbox"/> Otro |

Situación Laboral (por favor indique la opción que mejor aplique)

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Tiempo completo (trabajando por propia cuenta) | <input type="checkbox"/> Empleado medio tiempo |
| <input type="checkbox"/> Empleado tiempo completo | <input type="checkbox"/> Desempleado temporalmente |
| <input type="checkbox"/> Empleado medio tiempo (trabajando por propia cuenta) | <input type="checkbox"/> Desempleado menos de 6 meses |
| <input type="checkbox"/> Desempleado por mas de 6 meses | <input type="checkbox"/> Otro: _____ |

Certificación de ingresos bajos a moderados. Por favor marque una de las siguientes casillas:

- Ingreso anual de mi hogar es menor o igual que el ingreso que se muestra a continuación para el tamaño de mi familia.
- Ingreso anual de mi hogar es más que el ingreso que se muestra a continuación para el tamaño de mi familia.

Porfavor circule el tamaño de familia que aplique a usted.

Tamaño de Familia	1	2	3	4	5	6	7	8
Ingreso Familiar	\$48,650	\$55,600	\$62,550	\$69,450	\$75,050	\$80,600	\$86,150	\$91,700

Numero que viven en casa: _____ **Ingresos anuales en el 2016:** _____

Información del Negocio:

Negocio Operando: *Si usted esta actualmente operando su negocio, complete esta sección.*

Nombre del Negocio Existente: _____

Tipo de negocio (producto o servicio): _____

Fecha que comenzo el negocio: _____ Socio de negocio: _____

Estructura Legal del Negocio:

<input type="checkbox"/> Proprietario Unico	<input type="checkbox"/> Corporación
<input type="checkbox"/> Asociación	<input type="checkbox"/> S-Corporación
<input type="checkbox"/> Sociedad de Responsabilidad limitada	<input type="checkbox"/> Corporación No-Lucrativa
<input type="checkbox"/> Otro	

Por favor, a continuación indique la documentación de registración que mantiene su negocio y alguna otra documentación:

<input type="checkbox"/> LA Tax Registración Cert. (licencia del negocio)	<input type="checkbox"/> 8a, CCR, M/W/DBE,SBE,CBE,SLB
<input type="checkbox"/> Permiso de reventa	<input type="checkbox"/> Marca Registrada/Derechos de Autor/Patente
<input type="checkbox"/> Registracion de DBA	<input type="checkbox"/> Plan de negocio acompletado
<input type="checkbox"/> Certificado como Negocio de Dueño Discapacitado	<input type="checkbox"/> Certificado como negocio propio de mujer
<input type="checkbox"/> Certificado como negocio minoritario	<input type="checkbox"/> Numero de Impuesto Federal (Fed. Tax ID) _____
<input type="checkbox"/> Negocio propio de veteran	<input type="checkbox"/> Negocio de Dueño Sin Hogar
<input type="checkbox"/> Otro: _____	

Por favor incluya cualquier nota para aclarar las opciones seleccionadas arriba (es decir, la fecha obtenidos, etc). Por favor tambien indique su experiencia previa de trabajo o como gerente.

Localidad de su Negocio: En casa Oficina/tienda Sitio de Web

Domicilio de su negocio: _____

Teléfono de empresa: _____

Correo electronico de negocio: _____

¿Está operando este negocio tiempo completo o tiempo parcial? Tiempo completo Tiempo parcial

¿Cuántos empleados tiene? (incluyendose a sí mismo) Tiempo completo Tiempo parcial

¿Está usted buscando contratar mas empleados? Si No

¿Está usted planeando cerrar su negocio? Si No

¿Está usted planeando despedir empleados? Si No

¿Cuántos empleados están en riesgo de ser despedidos o impactados por el cierre del negocio? Tiempo completo Tiempo parcial

¿Por favor indique sus ingresos actuales (ingresos brutos)?

Mensual anual

¿Alguna vez a comenzado/fue dueño de otro negocio?

Si No

¿Si es si, sigue funcionando? Si No

¿Cuanto tiempo? _____

Por favor, describa ese negocio, y explique si ya no está operando el negocio:

Necesita usted asistencia? Si necesita, por favor marque las casillas de los servicios que necesita:

<input type="checkbox"/>	Acceso a Capital	<input type="checkbox"/>	Consejería	<input type="checkbox"/>	Plan de Negocio
<input type="checkbox"/>	Mercadotecnia	<input type="checkbox"/>	Contratar Empleados	<input type="checkbox"/>	Reajuste de Negocio
<input type="checkbox"/>	Curso de Negocios/Talleres	<input type="checkbox"/>	Adquisición de Contratos	<input type="checkbox"/>	Otro

Indique cual otro: _____

Certifico que mis respuestas son verdaderas y correctas que yo sepa. Tambien estoy de acuerdo que al aceptar recibir asistencia de el Centro de BusinessSource, yo cooperare y proveere al personal de BusinessSource toda información y documentación pedida para verificar los resultados reportados conforme al articulo CFR 570.506(b)(5) y (6) enlistado a continuación.

Firma: _____ **Fecha:** _____

Información de referencia

¿Cómo aprendió usted acerca de este programa?

Amigo/a _____ Periódico (cual) _____
 Anuncio por Internet _____ Centro de WorkSource _____
 (cual) _____ (cual) _____
 Alumno del programa _____ Otro (especificar) _____

Plan de Acción

Basado en los resultados de la evaluación de sus necesidades, estas son las actividades que determinamos que son las mas apropiadas para implementar:

Actividad	Resultado Planeado (incluye detalles)
Acceso a Capital/Empaquetado de Prestamo	(i.e. \$10,000 SBA loan)

Signature: _____ BSC Counselor Date: _____
 Signature: _____ BSC Director Date: _____

Por favor, envíe la solicitud por correo postal, fax o correo electrónico a:
 South LA BusinessSource Center 6109 South Western Ave., L. A., CA 90043

Para preguntas por favor llame al
 (323) 789-4515

CFR 570.506(b)(5) and (6)

(5) For each activity determined to benefit low and moderate income persons based on the creation of jobs, the recipient shall provide the documentation described in either paragraph

(b)(5)(i) or (ii) of this section. (i) Where the recipient chooses to document that at least 51 percent of the jobs will be available to low and moderate income persons, documentation for each assisted business shall include:

(A) A copy of a written agreement containing:

(1) A commitment by the business that it will make at least 51 percent of the jobs available to low and moderate income persons and will provide training for any of those jobs requiring special skills or education;

(2) A listing by job title of the permanent jobs to be created indicating which jobs will be available to low and moderate income persons, which jobs require special skills or education, and which jobs are part-time, if any; and

(3) A description of actions to be taken by the recipient and business to ensure that low and moderate income persons receive first consideration for those jobs; and

(B) A listing by job title of the permanent jobs filled, and which jobs of those were available to low and moderate income persons, and a description of how first consideration was given to such persons for those jobs. The description shall include what hiring process was used; which low and moderate income persons were interviewed for a particular job; and which low and moderate income persons were hired.

(ii) Where the recipient chooses to document that at least 51 percent of the jobs will be held by low and moderate income persons, documentation for each assisted business shall include:

(A) A copy of a written agreement containing:

(1) A commitment by the business that at least 51 percent of the jobs, on a full-time equivalent basis, will be held by low and moderate income persons; and

(2) A listing by job title of the permanent jobs to be created, identifying which are part-time, if any;

(B) A listing by job title of the permanent jobs filled and which jobs were initially held by low and moderate income persons; and

(C) For each such low and moderate income person hired, the size and annual income of the person's family prior to the person being hired for the job.

(6) For each activity determined to benefit low and moderate income persons based on the retention of jobs:

(i) Evidence that in the absence of CDBG assistance jobs would be lost;

(ii) For each business assisted, a listing by job title of permanent jobs retained, indicating which of those jobs are part-time and (where it is known) which are held by low and moderate income persons at the time the CDBG assistance is provided. Where applicable, identification of any of the retained jobs (other than those known to be held by low and moderate income persons) which are projected to become available to low and moderate income persons through job turnover within two years of the time CDBG assistance is provided. Information upon which the job turnover projections were based shall also be included in the record; (iii) For each retained job claimed to be held by a low and moderate income person, information on the size and annual income of the person's family;

(iv) For jobs claimed to be available to low and moderate income persons based on job turnover, a description covering the items required for "available to" jobs in paragraph (b)(5) of this section; and

(v) Where jobs were claimed to be available to low and moderate income persons through turnover, a listing of each job which has turned over to date, indicating which of those jobs were either taken by, or available to, low and moderate income persons. For jobs made available, a description of how first consideration was given to such persons for those jobs shall also be included in the record.



ORIENTACIÓN DEL PROGRAMA DE FORMACIÓN EMPRESARIAL

Visión y Misión de VSEDC y LABusinessSource

El Programa de Formación Empresarial (Entrepreneurial Training Program-ETP) es operado por el centro de desarrollo económico Vermont Slauson Economic Development Corporation (VSEDC) y patrocinado por el Departamento de Desarrollo Comunitario de la Ciudad de Los Ángeles (City of Los Angeles Community Development Department). La misión principal de VSEDC es facilitar el desarrollo de la comunidad de la zona sur de Los Angeles proporcionando programas estructurados para revitalizar la vida física, económica y social de la comunidad. VSEDC realiza su misión a través de la asociación con el programa BusinessSource de la ciudad de Los Angeles (City of Los Angeles BusinessSource Program). El propósito del programa ETP de LABusinessSource es capacitar a empresarios emergentes y dueños de negocios y establecer y mantener negocios exitosos y crear puestos de trabajo.

Los programas consisten de cursos de Nivel I y II, asistencia técnica, servicios de apoyo incluyendo oportunidades de networking y capacitación, y monitoreo de los participantes para apoyar el progreso de desarrollo de negocios.

Certificado de finalización de curso

Se otorgarán certificados a los estudiantes que mantienen asistencia satisfactoria, completan los trabajos requeridos del curso y el plan de negocio, y presentan toda la documentación requerida.

Seguimiento después del programa

Para asegurar que los participantes del programa están beneficiando adecuadamente del programa, VSEDC colecta información regularmente. Los estudiantes deben cumplir con este proceso de recolección de datos entregando a tiempo las formas tales como documentación de residencia/elegibilidad, evidencia de negocio, formas de creación y retención de empleo, y cualquier evaluación o encuesta de programas.

Servicios de apoyo de VSEDC Business Enterprise Center

VSEDC opera un centro de empresas de negocios (Business Enterprise Center –BEC) que ofrece diversos servicios de apoyo para facilitar el desarrollo del conocimiento y habilidades de los participantes del programa ETP. Estos incluyen:

- ❖ Asistencia técnica---a los estudiantes que completen exitosamente el curso de Nivel II. Consiste en consulta uno a uno que cubren distintas áreas de negocio, por ejemplo, mercadotecnia, seguros, programa estatal de zonas empresariales (State Enterprise Zone), planificación estratégica, recursos referidos, etc..
- ❖ Arrendamiento de espacio de oficinas---espacios de oficina de diferentes tamaño están disponibles a precios muy competitivos abajo de precios del mercado.
- ❖ Seminarios/Grupos de Discusión mensuales---sesiones de información que cubren una variedad de temas pertinentes a negocios y temas financieros como acceso a capital, mercadotecnia, obtención de contratos, y aplicación para una subvención entre otros temas
- ❖ Feria de negocios---eventos trimestrales diseñados para proporcionar a empresarios la oportunidad de establecer contactos y construir relaciones empresariales
- ❖ Empaquetado de préstamos y referencias---se proporciona ayuda para recopilar materiales para solicitudes de préstamos y se hacen referencias a programas de préstamos patrocinados por los socios de VSEDC.



Programa del Centro LA BusinessSource

Procedimientos de Resolución para Quejas del Cliente

Como se explica en la orientación del programa, el Programa Del Centro LA BusinessSource está diseñado para ayudar con el desarrollo de negocios. Para apoyarle en este proceso, Centro de BusinessSource del Sur de Los Angeles tiene como objetivo asegurar que usted reciba servicio de calidad al cliente y la instrucción en cada etapa del programa. Si usted siente que no han recibido los servicios para los cuales usted es elegible, o si ha tenido un problema durante el programa, usted puede presentar una queja. Las quejas deben presentarse dentro de los 30 días del incidente y deben ser por escrito. No se tomaran represalias ni será discriminado porque presente una queja.

CÓMO PRESENTAR UNA QUEJA DEL PROGRAMA

Primero debe presentar su queja al administrador del programa a la dirección y número telefónico a continuación:

**Vermont Slauson Business Enterprise Center
 South Los Angeles BusinessSource Center
 6109 S. Western Avenue
 Los Angeles, CA 90047
 Attn: Leslie Elliott, Program Administrator
 Teléfono: (323) 789-4515; Fax: (323) 789-4524; Correo electrónico; Lelliott@vsedc.org**

Todas las quejas **deben ser** por escrito e incluir:

- 1. Su nombre completo, número de teléfono, y dirección de correo;**
- 2. Una declaración de por qué usted está solicitando una audiencia;**
- 3. Su solución a la queja**

¿CUÁLES SON LOS PASOS QUE OCURREN DESPUÉS DE QUE PRESENTA SU QUEJA?

El administrador del programa remitirá la queja al director del programa. El director del programa programará una junta informal de resolución dentro de 2 semanas de haber recibido la queja del administrador del programa. El propósito de la reunión es (a) averiguar el problema acerca de su queja; (b) para discutir los problemas; y (c) para resolver su queja.

Si hay acuerdo para resolver sus problemas de queja, una carta será emitida y firmada por todas las partes que asistieron a la junta. Una copia de la carta se enviará a el Director Ejecutivo del Centro de Desarrollo Económico Vermont Slauson (**VSEDC**).

Si no hay acuerdo, el director del programa debe proporcionar la notificación escrita de su derecho a solicitar una reunión con el Director Ejecutivo de VSEDC. La solicitud de la reunión debe ser enviada dentro de 3 tres días después de la reunión y enviada a:

Joe Rouzan, Director Ejecutivo

Vermont Slauson Economic Development
Corporation 1130 W. Slauson Ave.
Los Angeles, CA 90044

La solicitud de una junta debe incluir la siguiente información:

- 1. su nombre completo, número de teléfono, y dirección de correo;**
- 2. una copia de la de decisión escrita por el gerente del programa;**
- 3. una declaración de por qué usted está solicitando una audiencia;**
- 4 Su solución a la queja.**

La solicitud se remitirá a el Director Ejecutivo para revisar. Se programará una junta dentro de dos semanas después de la junta.

La decisión escrita incluire la siguiente información:

- **Los nombres de las partes involucradas;**
- **Problemas de la queja;**
- **Una declaración de hechos;**
- **La decisión recomendada por el Director Ejecutivo y el motivo de la decisión;**
- **Una lista de soluciones**

Reconocimiento de haber recibido los Procedimientos de Resolución Para Quejas del Cliente del Centro de BusinessSource del Sur de Los Angeles

Yo, _____, he recibido una copia de la región para Los Procedimientos de Resolución para Quejas del Cliente y las entiendo.

Firma: _____ Date: _____



ANTONIO R. VILLARAIGOSA
MAYOR

DATE:

TO: All Participants in the City of Los Angeles Workforce Investment Act Grant Funded Programs

FROM: Jaime H. Pacheco-Orozco, Acting Director
Workforce Development Division
Community Development Department

Michael Bolokowicz, Personnel Director
Human Resources Division
Community Development Department

SUMMARY OF THE CITY OF LOS ANGELES LOCAL WORKFORCE INVESTMENT AREA (LWIA) COMPLAINT RESOLUTION PROCEDURES

Welcome to the City's Workforce Investment Act program. We hope your participation in the program will be both enjoyable and rewarding. As part of the program, it is important that you understand your rights and responsibilities as well as how to resolve a complaint or disagreement.

GENERAL RULES

You should receive a copy of the WIA Complaint Resolution Procedure when you attend the orientation at the WorkSource/OneSource Center. You will be asked to sign that you have received a copy of the procedure. A copy of the receipt will be placed in your file.

- If you feel that you did not receive the services you are eligible for, you may file a complaint. Complaints must be filed within one (1) year from when the incident occurred. All complaints, additional complaint issues, and withdrawals must be in writing. You will not be retaliated or discriminated against because you file a complaint. The City of Los Angeles has 60 days from the date you filed your complaint to resolve a program complaint and 90 days to resolve a discrimination

1

complaint

- There are four types of complaints:

- Complaints that allege a violation of Federal, State and City rules and regulations;
- Complaints that allege discrimination because of race, creed, color, sex, (including sexual harassment, sexual orientation), disability, national origin, age, or religion political affiliation or belief, retaliation and citizenship, or his or her participation in a WIA Title I financially assisted program activity.
- Complaints that allege that employees were laid off or fired in order to hire WIA participants;
- Complaints that allege that the employer failed to follow health and safety rules.

HOW DO I FILE A PROGRAM COMPLAINT?

- You must first file your complaint with the WorkSource/OneSource Center's EO Complaints Officer. If you need information about your agency's EO Complaints Officer, you may contact the City's EO Compliance Officer at the address and telephone number below.

City of Los Angeles
Community Development Department
1200 West 7th Street, 4th Floor
Los Angeles, CA 90017
Attn: Eileen Scally, EO Compliance Officer

Telephone Number: (213) 744-7277
TDD: (213) 744-7290
FAX: (213) 744-7289
Email: Eileen.Scally@lacity.org

- All WIA complaints must be in writing and include the following:

Your full name, telephone number, and mailing address;
The agency's full name, telephone number, and mailing address;
The facts and dates describing the alleged violation; and
How you want the complaint to be resolved.

2

AN EQUAL EMPLOYMENT OPPORTUNITY - AFFIRMATIVE ACTION EMPLOYER

- If you need help in filling out the complaint form, you should first contact the EO Complaints Officer at the WorkSource/OneSource Center. You may also contact the City of Los Angeles Community Development EO Compliance Unit at (213) 744-7277. The EO Compliance Unit will help you file a complaint, including assistance writing the complaint; provide copies of documents such as WIA regulations, local rules, contracts, etc.; and provide information about relevant regulations and rules.
- You may seek representation or legal counsel at your own expense.

Note: The EO Compliance Unit does not provide legal advice or represent either party to the complaint.

What are the steps that take place after I have filed my complaint?

- Once the WorkSource/OneSource Center EO Complaints Officer receives your complaint, he/she will schedule an Informal Resolution Meeting. You, the EO Complaints Officer and the representatives from the agency will attend the meeting. The purpose of the meeting is (a) to find out about your complaint issues; (b) to discuss the issue(s); and (c) to resolve your complaint.
- If there is an agreement to resolve your complaint issue(s), a settlement agreement will be prepared. All the parties that attend the meeting will sign the settlement agreement. A copy of the settlement agreement will be mailed to the EO Compliance Unit, Community Development Department.
- If there is no agreement, then EO Complaints Officer must provide you with written notice of your right to request an administrative hearing before a hearing officer. The request for hearing should be mailed within three (3) days and sent to:

City of Los Angeles
Community Development Department
1200 West 7th Street, 4th Floor
Los Angeles, CA 90017
Attn: Eileen Scally, EO Compliance Officer

The request for hearing should include the following information:

- Your full name, telephone number and mailing address;
- The name, address and telephone number of the WorkSource/OneSource Center
- A copy of the written decision issued by the WorkSource/OneSource Center.

3

- A statement of why you are requesting a hearing;
- Your solution to the complaint.
- A hearing will be held before an impartial Hearing Officer, and the Hearing Officer will file his/her advisory report with recommendations to the General Manager, Community Development Department.
- The General Manager of Community Development Department will mail you the decision within the 60 calendar days or (90 days for discrimination complaints) from when you file the complaint.

The written decision will contain the following information:

- The names of the parties involved;
- Complaint issues;
- A statement of the facts;
- The Hearing Officer's recommended decision and the reasons for the decision;
- The General Manager's decision;
- A list of solutions;
- Your right to request an appeal to the State Review Panel, within 10 days of the receipt of the decision.

HOW DO I FILE A DISCRIMINATION COMPLAINT?

- Any complaint involving discrimination should be filed with either the City of Los Angeles, EO Compliance Unit or Department of Labor, Civil Rights Center (CRC). You may file a complaint within 180 days from the incident.

City of Los Angeles
Community Development Department
1200 West 7th Street, 4th Floor
Los Angeles, CA 90017
Attn: Eileen Scally, EO Compliance Officer

Telephone Number: (213) 744-7277
TDD: (213) 744-7290
FAX: (213) 744-7289
Email: Eileen.Scally@lacity.org

OR

4

Reconocimientos

Orientación (Forma 1)

La firma que aparece a continuación verifica que yo, _____, he recibido información relacionada con la visión y misión del programa ETP y de los servicios de apoyo de VSEDC.

Firma

Fecha

Forma de VSEDC para Procedimientos de Resolución para Quejas del Cliente (forma 2)

Yo, _____, he recibido una copia de la forma de VSEDC para
(POR FAVOR ESCRIBA SU NOMBRE)
Procedimientos de Resolución para Quejas del Cliente (Customer Complaint Resolution Procedures - form 2) y las comprendo.

Firma: _____

Fecha: _____

Forma de la Ciudad de Los Angeles para Procedimientos de Resolución para Quejas del Cliente (forma 3)

He recibido una copia de la forma de la Ciudad de Los Angeles Resumen WIA de los Procedimientos de Resolución de Quejas (City of Los Angeles WIA Summary of the Complaints Resolution Procedures) y yo las entiendo.

Nombre

Fecha

¿Se le dio la notificación en otro idioma? _____

¿Tuvo acceso a la notificación en otro formato? _____

**CITY OF LOS ANGELES
COMMUNITY DEVELOPMENT BLOCK GRANT (CDBG)
SELF-CERTIFICATION FORM**

Information on annual family income is required to determine client eligibility for certain services funded by the City of Los Angeles through the Community Development Block Grant (CDBG) program. Each applicant for assistance must find the row with the number of persons in their family and circle the family income range in that row.

NOTE: "Income" is the total annual income of all family members as of the date that federal-funded assistance is provided. Additional expected sources of income and the amount expected during the period of federal assistance must be included in this calculation of annual family income. All income for all persons in the family **must** be included in calculating family income whether or not the family member receives assistance. Types of income to be included are: wages, tips, self-employment income, interest/dividends, SSI or other public assistance, social security or other income received on a regular basis such as VA payments, retirement benefits, unemployment compensation, etc.

2016 CDBG Income Guidelines– Circle the appropriate box:

Family Size	Extremely Low-Income	Very Low-Income "Low"	Low-Income "Mod"	Above 80% of Median Income
1 Person	\$0 - \$18,250	\$18,251 - \$30,400	\$30,401 - \$48,650	\$48,651 +
2 Person	\$0 - \$20,850	\$20,851 - \$34,750	\$34,751 - \$55,600	\$55,601 +
3 Person	\$0 - \$23,450	\$23,451 - \$39,100	\$39,101 - \$62,550	\$62,551 +
4 Person	\$0 - \$26,050	\$26,051 - \$43,400	\$43,401 - \$69,450	\$69,451 +
5 Person	\$0 - \$28,440	\$28,441 - \$46,900	\$46,901 - \$75,050	\$75,051 +
6 Person	\$0 - \$32,580	\$32,581 - \$50,350	\$50,351 - \$80,600	\$80,601 +
7 Person	\$0 - \$36,730	\$36,731 - \$53,850	\$53,851 - \$86,150	\$86,151 +
8 Person	\$0 - \$40,890	\$40,891 - \$57,300	\$57,301 - \$91,700	\$91,701 +

Presumed Low- and Moderate-Income Persons

In some cases, a funded program may generally presume that an individual meets the federal income requirements because the funded activity(ies) exclusively serve a group of persons in any one or a combination of the following 8 categories. If using this method to certify eligibility, a client must check the box next to the category(ies) of which they are a member:

"Severely disabled" Adult	<input type="checkbox"/>	Persons Living with AIDS	<input type="checkbox"/>
Elderly Persons (62 and older)	<input type="checkbox"/>	Illiterate Adults	<input type="checkbox"/>
Battered Spouse	<input type="checkbox"/>	Migrant Farm Workers	<input type="checkbox"/>
Homeless Persons	<input type="checkbox"/>	Abused Children	<input type="checkbox"/>

Race (check one of the following 10 categories):

American Indian or Alaska Native	<input type="checkbox"/>	American Indian or Alaskan Native AND White	<input type="checkbox"/>
Asian	<input type="checkbox"/>	Asian AND White	<input type="checkbox"/>
Black or African American	<input type="checkbox"/>	Black/African American AND White	<input type="checkbox"/>
Native Hawaiian or Other Pacific Islander	<input type="checkbox"/>	American Indian/Alaskan Native AND Black/African-American	<input type="checkbox"/>
White	<input type="checkbox"/>	Balance / Other	<input type="checkbox"/>

Ethnicity (check one):

Hispanic / Latino	<input type="checkbox"/>
Not Hispanic / Latino	<input type="checkbox"/>

I certify that the information provided on this form is accurate and complete, and that I am a resident of the City of Los Angeles. I further acknowledge that eligibility for services funded through the CDBG program is based upon having a qualifying annual family income level or belonging to a group that is presumed to be low- or moderate- income, and that the income levels and/or status I have indicated in this self-certification may be subject to further verification by the agency providing services, the City of Los Angeles and/or the U.S. Department of Housing and Urban Development (HUD).

I therefore authorize such verification, and will provide supporting documents if requested. I acknowledge providing false information shall be grounds for termination from the program / services.

Applicant's Name (Please Print): _____

Applicant's Signature _____ **Date** _____
(Signature of a parent or guardian person to receive services is a minor)

Applicant's Address _____

Agency Staff Name (Please Print): _____ Date _____

Agency Staff Signature _____



HUD JOB CREATION AND RETENTION CERTIFICATION FORM

This is a confidential form to be used for reporting job creation and retention for monitoring purposes only for the City of Los Angeles, Economic and Workforce Development Department, Economic Development Division.

EMPLOYEE SECTION - This section is to be completed by the employee for each new job created or retained.

Ethnic Origin. Please check one or more as it applies to you.

- White (not Hispanic Origin)
- Black (not Hispanic Origin)
- American Indian or Alaskan Native
- Hispanic
- Asian or Pacific Islander
- Other: _____

Certification of Low to Moderate Income Status. Please check one of the following boxes:

- My household's yearly income is less than or equal to the income shown below for my family size.
- My household's yearly income is more than the income shown below for my family size.

Family Size	1	2	3	4	5	6	7	8
Family Income	\$48,650	\$55,600	\$62,550	\$69,450	\$75,050	\$80,600	\$86,150	\$91,700

Employee Name: _____ Street Address: _____
 Position Title: _____ City, State & Zip: _____
 Telephone #: _____ Employee Signature _____

EMPLOYER SECTION (FOR JOB CREATION AND JOB RETENTION) - This section is to be completed by the employer. Complete one form for each job created or retained.

Employer's Name: _____
 Company Name: _____
 Address & Telephone: _____ () _____

Employee Information: Full Time Part Time # of Hours/Week _____
 Was this person hired to fill a new position? Yes No
 Was this position retained? Yes No

The employee signing this certificate was hired for employment starting (Date): _____
 Rate (Hourly Pay): _____

Mark and initial only for job retention: In accordance with CFR 570.506(b)(5) I certify that this position was threatened by business downsizing or closure, layoff, out of area relocation or it was a vacant position that our business could not fill if it wasn't for Community Development Block Grant (CDBG) funded business assistance services. I hereby also certify that the job is held by a low or moderate income person, or it will be turn over within the following two years, and steps will be taken to ensure that the job will be filled by or made available to a low or moderate income person. **Initial:** _____

Initial for job creation and retention: In accordance with CFR 570.506(b)(5) if this job is not held by a low or moderate income person, I certify that I took reasonable action to ensure that low to moderate income persons received first consideration for filling this position. I also certify that this job is reasonably expected to turn over to a low or moderate income person within two years. **Initial:** _____

Signature of Company Representative: _____ Date Signed: _____

BSC STAFF SECTION

I certify that the above information is accurate and is subject to verification by government officials.

BSC Name: _____ Print Staff Name: _____

Signature of the Staff: _____ Date Signed: _____