**ATTACHMENT H-2: INELIGIBILITY NOTICE**

[COMPANY LETTERHEAD]

[PHONE NUMBER]

[EMAIL ADDRESS]

[FAX NUMBER]

Fecha: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(Date)*

[APPLICANT'S NAME AND ADDRESS]

Asunto: [PROJECT NAME]

N.º de registro: \_\_\_\_\_\_\_\_

(*Log #)*

Estimado solicitante:

Recibimos su solicitud para una residencia en el proyecto que se indica arriba.

Tamaño del grupo familiar en el momento de la solicitud: [APP HOUSEHOLD SIZE]

Ingresos en el momento de la solicitud: [APP INCOME]

Subsidio de alquiler en la solicitud: [NAME OF SUBSIDY]

Con base en las directrices de elegibilidad de este programa, usted no es elegible por la razón siguiente:

\_\_\_ 1. Los ingresos incluidos en su solicitud no cumplen con los requisitos para las unidades de este proyecto. *(Income)*

\_\_\_ 2. No hay unidades en el proyecto que cumplan con los requisitos de tamaño de su grupo familiar. *(Household size)*

\*Consulte el documento adjunto para obtener la tabla de requisitos de ingresos y de tamaño del grupo familiar.

\_\_\_ 3. El subsidio de alquiler mencionado en su solicitud no cubre de forma suficiente el

alquiler de las unidades en este proyecto. Ver las tablas de estándares de pagos adjuntas. *(Rental subsidy does not cover rent level)*

\_\_\_ 4. Otra *(other)*:

|  |
| --- |
|  |

Si tiene información adicional que usted considera que podría darle derecho a apelar esta determinación, puede comunicarse por escrito con esta oficina, dentro de los diez (10) días hábiles posteriores a la fecha de envío o sello postal de este aviso, para solicitar una revisión.

**Su apelación debe incluir una copia de este aviso, una explicación por escrito de por qué cree que su solicitud fue rechaza por error y documentación que respalde su explicación.**

Tenga en cuenta que no podemos responder a apelaciones que no incluyan explicaciones completas y documentación de respaldo.

[NAME]

Propietario/Gerente

**[INSERT SPANISH HOUSEHOLD SIZE AND INCOME CHART OR AD]**

**[INSERT PAGE BREAK]**

**[INSERT ATTACHMENT Z]**