



CD Project No. 2021- \_\_\_\_\_  
**FORMA DE ELEGIBILIDAD INDIVIDUAL  
(ESG)**

De acuerdo con la regla 24 CFR 576.500, las agencias tienen que adquirir información para determinar la elegibilidad del cliente y/o para otros propósitos en general.

Para participar en este programa, el cual está patrocinado con Fondos Federales, usted tiene que completar esta forma correctamente.

**For Office Use Only (Solo para el uso de la oficina)**

Is client approved for services?

Yes  No

**Meets the homeless definition (24 CFR 576.2)**

Please mark the appropriate box below and on the attached HUD "Homeless Definition" chart

- (1) Literally Homeless individuals/families.
- (2) Individuals/families who will imminently (within 14 days) lose their primary nighttime residence with no subsequent residence, resources, or support networks.
- (3) Unaccompanied youth or families with children/youth who meet the homeless definition under another federal statute and 3 additional criteria.
- (4) Individuals/families fleeing or attempting to flee domestic violence with no subsequent residence, resources or support networks.

Does the file contain sufficient homelessness documentation in accordance with HUD's record keeping requirements?

Yes  No

**Type of services received:**

Shelter \_\_\_\_\_  
 Hot Meals \_\_\_\_\_  
 Clinical Services \_\_\_\_\_  
 Employment Assistance/Job Training \_\_\_\_\_  
 Outpatient Mental Health/Substance Abuse Svcs \_\_\_\_\_  
 Other \_\_\_\_\_

**Authorized by:** (signature of authorized subrecipient staff)

Signature: \_\_\_\_\_

Date: \_\_\_\_\_

Apellido \_\_\_\_\_ Nombre (Use letra de molde) \_\_\_\_\_

**Sin Hogar**

Dirección (Ciudad, Estado, Zona Postal) \_\_\_\_\_

\*Cabeza de la familia:  Masculino  Femenino

Número de personas en el hogar: \_\_\_\_\_

Ingreso Anual: \_\_\_\_\_

**Información Personal del Cliente:**

Edad: \_\_\_\_ Sexo:  Masculino  Femenino  
 Transgenero Femenino (Masculino a Femenino)  
 Transgenero Masculino (Femenino a Masculino)  
 Genero Sin Conformidad  
 Cliente No Sabe  
 Cliente Se Niega

Grupo Étnico  Hispano/Latino  
 No Hispano/No Latino  
 Cliente No Sabe/Se Niega

Raza:  Blanco  
 Negro/Afro Americano  
 Asiático  
 Indio Americano/Nativo de Alaska  
 Nativo Hawaiano/Isleño del Pacífico  
 Múltiples Razas  
 Cliente No Sabe/ Cliente Se Niega

Incapacitado:  Si  No

Desalojado:  Si  No

Yo certifico según mi conocimiento y entender que toda la información dada y adjunta es correcta, completa y proporcionada de buena fe. Entiendo que el proveer información falsa o fraudulenta en o adjunto puede ser motivo para determinarme inelegible para recibir asistencia solicitada y puedo ser penado con una multa y/o encarcelamiento. Entiendo que cualquier información dada puede ser investigada.

Nombre: \_\_\_\_\_  
(Letra de molde)

Firma/Fecha \_\_\_\_\_

**For HCCSD Use**

Is this an eligible client and activity?  Yes  No

Reviewed by/date: \_\_\_\_\_

Advertencia del \*\*: HUD procesará demandas y declaraciones falsas. La convicción puede dar lugar a sanciones penales y/o civiles. (18 U.S.C. 1001, 1010, 1012; 31 U.S.C. 3729, 3802)

\*El cabeza de familia es la persona en que nombre se posee o se alquila la unidad de cubierta