



CD Project No. 2020- \_\_\_\_\_  
**FORMA DE ELEGIBILIDAD INDIVIDUAL (CDBG)**  
**Proyectos de asistencia para personas sin hogar**

De acuerdo con la regla 24 CFR 570.506, 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

Grupo Étnico  Hispano  
 No Hispano

Raza:  Blanco  
 Negro/Afro Americano  
 Asiático  
 Indio Americano /Nativo de Alaska  
 Nativo Hawaiano/Isleño del Pacífico  
 Indio Americano/Nativo de Alaska/Blanco  
 Asiático y Blanco  
 Negro/Afro Americano y Blanco  
 Indio Americano/Nativo de Alaska y Negro/Afro Americano  
 Otro

Especificar: \_\_\_\_\_

Incapacitado:  Si  No

Desalojado:  Si  No

Estatus elegible migratorio:

Por favor indique si su estatus de residencia temporal de los Estados Unidos fue concedida conforme la ley 245A o 210 de Inmigración y Nacionalidad.

Si  No o No es Aplicable

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. Entiendo y acepto cumplir con los requisitos bajo los reglamentos de 24 CFR 570.613.

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