



FORMA DE ELEGIBILIDAD INDIVIDUAL (CDBG)

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.

Fecha: _____

Información de Elegibilidad (Use letra de molde)

Apellido _____ Nombre _____

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 245 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: _____

Comentarios: _____

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)

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

Low/Mod Eligible?

0-30% MFI _____ 31-50% MFI _____

51-80% MFI _____ 80+ MFI _____

Source of Income: _____

Is client a resident of HCCSD Service Area?

Yes No Homeless

Did you attach Harris County Appraisal District

Information? Yes No

Jurisdiction Codes: _____

Is client approved for services?

Yes No

Type of service received:

Counseling _____ Job development _____

Shelter _____ Financial Assistance _____

Food pantry _____ Housing placement/asst. _____

Other _____ Explain: _____

Authorized by: (signature of authorized subrecipient staff)

Signature: _____

Date: _____

For HCCSD GM Use Only

Is this an eligible client and activity?

Yes No

Reviewed By: _____

Date: _____

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