



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