



**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.

I 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 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: \_\_\_\_\_

**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