



FORMULARIO DE ELEGIBILIDAD

For Community Development Block Grant Programs

De acuerdo con 24 CFR 570.506, las agencias deben adquirir información para determinar la elegibilidad del cliente, así como para propósitos de informes generales. Para participar en este programa que está financiado por fondos federales, debe completar este formulario de manera completa y precisa.

INFORMACION DEL CLIENTE

Nombre del Programa: _____

GENERAL

Nombre					
Dirección					
Ciudad			Estado		
# de Casa			Edad		
¿Es este cliente un menor?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		¿Nombre del tutor?		
Genero	<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Hembra <input type="checkbox"/> Transgenero				

CLIENT INFO

¿Ciudadano o residente permanente de los Estados Unidos?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Licencia de conducir de Texas o ID de Texas		
¿Es el cliente residente de la Ciudad de Pasadena?			<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	
Discapacitado	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Mayor	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Prueba de Residencia <i>(Example: driver's license / ID Card / Bill)</i>					
Etnicidad	<input type="checkbox"/> Hispanic <input type="checkbox"/> Non-Hispanic		Veterano	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Raza	<input type="checkbox"/> Black / African American		<input type="checkbox"/> White	<input type="checkbox"/> Asian	<input type="checkbox"/> American Indian/Alaskan Native
	<input type="checkbox"/> American Indian/Alaskan Native & White		<input type="checkbox"/> American Indian/Alaskan Native & Black	<input type="checkbox"/> Native Hawaiian/Other Pacific Islander	<input type="checkbox"/> Asian & White
<input type="checkbox"/> Other /Multi Racial		<input type="checkbox"/> Black/African American & White			

INCOME

# de miembros del hogar			Ingreso Bruto Total del Hogar	\$ _____	
Adultos (Age 18 & older)			Ninos (Age 17 & under)		
Mayor (Age 62 & older)					
Comprobante de Documentación de Ingresos <i>(Example: SS Award Letter / W-2 form / Check Stubs)</i>					
Jefe de Hogar			<input type="checkbox"/> Masculino	<input type="checkbox"/> Hembra	<input type="checkbox"/> Transgenero

SIGN HERE

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						
Firma				Fecha		

STAFF ONLY

For Subrecipient Staff Only

Is Client Approved/Eligible for Services?	<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO		National Objective Met:	<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	
National Objective 570.208 Benefit to Low & Moderate Income Persons	<input type="checkbox"/> LMI Area Benefit	<input type="checkbox"/> LMI Limited Clientele	<input type="checkbox"/> LMI Housing Benefit	<input type="checkbox"/> LMI Jobs Creation	
Client Income Level	<input type="checkbox"/> 0 – 30 %		<input type="checkbox"/> 31 – 50 %	<input type="checkbox"/> 51 – 80 %	
LMILC - Presumed Benefit	<input type="checkbox"/> Abused children		<input type="checkbox"/> Battered Spouses	<input type="checkbox"/> Elderly	<input type="checkbox"/> Disabled
Name of Reviewer:				Signature:	Date: