

Project Name: _____

File No.: _____

**COMMUNITY DEVELOPMENT BLOCK GRANT PROGRAM YEAR
2024-2025**

SELF-CERTIFICATION FOR PUBLIC SERVICE AGENCY CLIENTELE
(Not for use on housing activities)

1) CLIENT INFORMATION: (Please Print)

Name _____

Address: _____

City & State: _____ Zip _____

2) CATEGORY:

I consider myself in one of the following categories (please check ONLY one)

- | | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Senior Citizen | <input type="checkbox"/> Migrant Farm Worker | <input type="checkbox"/> Homeless |
| <input type="checkbox"/> Physically Challenged | <input type="checkbox"/> Severely disabled adults | <input type="checkbox"/> None of the above |

3) FAMILY SIZE: (check ONLY one) 1 2 3 4 5 6 7 8

4) FAMILY INCOME: My current family **yearly income** from all sources is: _____

Note: Family income means the total income of all persons living in the same household who are related by birth, marriage or adoption and are benefiting from the activities (public services or job creation, which benefit an individual or family). (Ref. 24 CFR 570.3)

Proof of Income received: Yes No **Source of Proof:** _____ **Verified by:** _____

5) ETHNICITY: (Select ONLY one from the Single-race or Multi-race categories)

Single race category

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> White | <input type="checkbox"/> American Indian/Alaskan Native |
| <input type="checkbox"/> Black/African American | <input type="checkbox"/> Native Hawaiian/Other Pacific Islander |
| <input type="checkbox"/> Asian | |

Multi-race category

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> American Indian/Alaskan Native & White | <input type="checkbox"/> Asian & White |
| <input type="checkbox"/> Black/African American & White | <input type="checkbox"/> Hispanic/White |
| <input type="checkbox"/> Hispanic/Black/African American | <input type="checkbox"/> Hispanic/Asian |
| <input type="checkbox"/> Hispanic/American Indian/Alaskan Native | <input type="checkbox"/> Hispanic/Asian & White |
| <input type="checkbox"/> Hispanic/Native Hawaiian/Other Pacific Islander | <input type="checkbox"/> Hispanic/Black/African American & White |
| <input type="checkbox"/> Hispanic/American Indian/Alaskan Native & White | |
| <input type="checkbox"/> American Indian/Alaskan Native & Black/African American | |
| <input type="checkbox"/> Hispanic/American Indian/Alaskan Native & Black/African American | |
| <input type="checkbox"/> Other Multi-race (ONLY if, non-of-the-above categories identifies you) | |

BENEFICIARY: I, _____ on _____,
acknowledge that qualification for assistance funded under the CDBG program is based upon having a qualifying family income and that the income levels I have certified to in this self-certification are current as of the date signed and may be subject to further verification by the grantee and/or HUD and I authorize such verification and will provide supporting documents if it is necessary.

Project Name: _____

File No.: _____

PROGRAMA DE BECA DE DESARROLLO A LA COMUNIDAD (CDBG) 2024-2025

CERTIFICACION PARA EL SERVICIO PUBLICO DE LA AGENCIA
(no es para uso de actividades de vivienda)

Año del Proyecto: _____

1) Nombre: _____

Direccion: _____

Ciudad y Estado: _____ Codigo Postal: _____

2) CATEGORIA:

Yo me considero en una de las categorías siguientes (por favor marque SOLAMENTE una de las categorías)

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Adulto Mayor de 60 años o más | <input type="checkbox"/> Sin Hogar |
| <input type="checkbox"/> Persona Desabilitada | <input type="checkbox"/> Trabajador Agrícola Migratorio |
| <input type="checkbox"/> Ninguna de las categorías mencionadas | |

3) NUMERO DE FAMILIA: (marque solamente uno) 1 2 3 4 5 6 7 8

4) INGRESO FAMILIAR: El ingreso de mi familia, hasta el presente es: _____

Note: Ingreso familiar se significa el ingreso total de todas las personas viviendo en el mismo hogar que son relacionados por nacimiento, matrimonio o adopción y que estan beneficiando de las actividades (servicios publicos, o creacion de trabajos, que beneficia a el individuo o a la familia). (Ref. 24 CFR 570.3)

La prueba de Ingresos recibió Sí No

La fuente de la Prueba: _____ Verificado por: _____

5) GRUPO ÉTNICO:

(Solamente seleccione una de las categorías de razas/multi-razas la cual lo describe a usted)

Categoría de raza individual

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Blanco | <input type="checkbox"/> Nativo Americano/Nativo de Alaska |
| <input type="checkbox"/> Negro/Afro Americano | <input type="checkbox"/> Nativo de Hawaii/Otro Isleño del Pacifico |
| <input type="checkbox"/> Asiatico | |

Categoría de Multi-raza

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Nativo Americano/Nativo de Alaska y Blanco | <input type="checkbox"/> Asian & White |
| <input type="checkbox"/> Negro/Afro Americano y Blanco | <input type="checkbox"/> Hispano/Blanco |
| <input type="checkbox"/> Hispano/Negro/Afro Americano | <input type="checkbox"/> Hispano/Asiatico |
| <input type="checkbox"/> Hispano/Nativo Americano/Nativo de Alaska | <input type="checkbox"/> Hispano/Asiatico y Blanco |
| <input type="checkbox"/> Hispano/Nativo de Hawaii/Otro Isleño del Pacifico | <input type="checkbox"/> Hispano/Negro/Afro Americano y Blanco |
| <input type="checkbox"/> Hispano/Nativo Americano/Nativo de Alaska y Blanco | |
| <input type="checkbox"/> Nativo Americano/Nativo de Alaska y Negro/Afro Americano | |
| <input type="checkbox"/> Hispano/Nativo Americano/Nativo de Alaska y Negro/Afro Americano | |
| <input type="checkbox"/> Otro (solamente seleccione si ninguna de las categorías mencionadas se idenfican con su étnicidad) | |

BENEFICIARIO: Yo, _____ en _____,

reconosco que los requisitos para asistencia financiada por el programa CDBG es basado sobre teniendo ingreso familiar que califique y que el nivel de ingresos que yo e certificado a en esta certificacion-de mismo son actuales come de el dia de la firma y puede ser sometido a más verificación por el beneficiario y/o HUD y yo autorizo tal verificacion y facilitare documentos que comprueben si es necesario.