

Agency Name _____

CDBG-CV ELIGIBILITY FORM

FORMA DE ELEGIBILIDAD DE INGRESOS PARA EL PROGRAMA CDBG

SECTION A—APPLICATION/SECCIÓN A—SOLICITUD

1. Residence Address (Street, City, State, ZIP) /Dirección de Residencia Calle, Ciudad, Estado, Código Postal)		2. (Staff Only) Residence Address confirmed Austin Full Purpose, Jurisdiction WebMap Checked: ☐ Yes ☐ No	
3. Mailing Address (if different) / Dirección Postal (si es diferente)			4. County/Condado
5. Home Phone/Teléfono—Casa		6. Other Phone/Otro Teléfono	

7. NAME (Last, First, Middle) NOMBRE (Apellido, Primero, Segundo) <i>[List all individuals residing in the house. Attach continued list if necessary / Añote cada persona viviendo en la casa]</i>	8. Relationship to A * Relación de Parentesco con A *	9. DATE OF BIRTH FECHA DE NACIMIENTO	10. SEX SEXO
A			
B			
C			
D			

*1=Parent/Padre o Madre 5=Grandchild/Nieto o Nieta
 2=Child/Hijo o Hija 6=Spouse/Esposa(o)
 3=Sibling/Hermano o Hermana 7=Caretaker/Cuidador
 4=Grandparent/Abuelo o Abuela 8=Other (explain on back of form) Otro (explique en lado dorso)

Head of household is a veteran

☐ **Yes** ☐ **No**

11. Monthly Gross Income for Household**

Ingresos Mensuales Antes de Deducciones de la Vivienda

***Client must provide copies of pay stubs or other evidence of wages/salaries or other income. Provider must make copies of all applicable income documentation, and place copies in client file.*

11A. Money wages or salary from employment/Dinero que gana por trabajar					
LIST THE LETTER BESIDE EACH CLIENT IN ITEM 7 WHO EARNS A WAGE ESCRIBA LA LETRA (VEA SECCION 6) DE CADA CLIENTE QUE GANA DINERO					
AMOUNT PAID/CANTIDAD PAGADA					
	Weekly (x 4.33) Por Semana	Every 2 Weeks (x 2.165) Por Quincena	Twice Monthly (x 2) Dos Veces al Mes	Other (specify) Otro (especifique)	Gross Monthly Pay Paga Mensual Antes
↓					
11A. SUBTOTAL					\$

13. Parent/guardian's field of employment _____

Include pay stub or other proof of employment in client file.

Is this field identified by Texas Workforce Commission as a type of essential work, or otherwise deemed so by Workforce Solutions' Board? ☐ **Yes** ☐ **No** *If no, client is not eligible*

14. Has client or will client receive any other funding for childcare? ☐ **Yes** ☐ **No**

¿Ha recibido o recibirá el cliente algún otro financiamiento para la guardería infantil?

If yes, complete CDBG-CV Duplication of Benefits Client form (to be printed on the back of this form).

IMPORTANT: Before you sign this document, please read it carefully to be sure that you have answered each question correctly.
IMPORTANTE: Antes de firmar este documento, vuelva a leerlo con mucho cuidado para asegurarse de haber contestado correctamente todas las preguntas.

15. **Client/Parent/Gaurdian Sigtnture/Firma** _____ **Date/ Fecha** _____



16. **Provider Signature/Firma** _____ **Date/Fecha** _____



17. **Provider Verification & Approval Signature/Firma** _____ **Date/Fecha** _____

11B. Other Monthly Income: Otros Ingresos Mensuales:	AMOUNT CANTIDAD
Social Security Seguro Social	
Dividends, Interest Dividendos, Interés	
Temporary Assistance for Needy Families (TANF) / Welfare	
Pensions and Annuities Pensiones y Anualidades	
Unemployment Compensation Compensación de Desempleo	
Worker's Compensation Compensación de Trabajadores	
Alimony Compensación por Separación o Divorcio	
Child Support Sostenimiento para Niños	
Veteran's Pension Pensiones de Veteranos	
Other/Otro: (Please specify/ Por favor especifique)	
11B. SUBTOTAL	\$
12. TOTAL MONTHLY GROSS INCOME (11A + 11B) / TOTAL DE INGRESOS BRUTOS MENSUALES (11A + 11B)	\$

Is client eligible for CDBG-CV services?

☐ **Yes** ☐ **No**

APH Reviewed (Initials) _____

Date _____