Project Name: _____ **File No.:** _____

COMMUNITY DEVELOPMENT BLOCK GRANT PROGRAM YEAR 2025-2026

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)

☐ Senior Citizen ☐ Homeless
☐ Physically Challenged ☐ Severely disabled adults ☐ None of the above

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

4) FAMILY INCOME: My current family's **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

☐ White ☐ American Indian/Alaskan Native
☐ Black/African American ☐ Native Hawaiian/Other Pacific Islander
☐ Asian

Multi-race category

☐ American Indian/Alaskan Native & White ☐ Asian & White
☐ Black/African American & White ☐ Hispanic/White
☐ Hispanic/Black/African American ☐ Hispanic/Asian
☐ Hispanic/American Indian/Alaskan Native ☐ Hispanic/Asian & White
☐ Hispanic/Native Hawaiian/Other Pacific Islander ☐ Hispanic/Black/African American & White
☐ Hispanic/American Indian/Alaskan Native & White
☐ American Indian/Alaskan Native & Black/African American
☐ Hispanic/American Indian/Alaskan Native & Black/African American
☐ 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) 2025-2026

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

1) INFORMACION DEL CLIENTE: (en molde**)**

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)

☐ Adulto Mayor de 60 años o más ☐ Sin Hogar ☐ Persona Deshabilitada

☐ 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: Igreso 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, qué 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
☐ Blanco
☐ Negro/Afro Americano
☐ Asiatico
☐ Nativo Americano/Nativo de Alaska
☐ Nativo de Hawaii/Otro Isleño del Pacifico

Categoría de Multi-raza
☐ Nativo Americano/Nativo de Alaska y Blanco
☐ Negro/Afro Americano y Blanco
☐ Hispano/Negro/Afro Americano
☐ Hispano/Nativo Americano/Nativo de Alaska
☐ Hispano/Nativo de Hawaii/Otro Isleño del Pacifico
☐ Asian & White
☐ Hispano/Blanco
☐ Hispano/Asiatico
☐ Hispano/Asiatico y Blanco
☐ Hispano/Negro/Afro Americano y Blanco
☐ Hispano/Nativo Americano/Nativo de Alaska y Blanco
☐ Nativo Americano/Nativo de Alaska y Negro/Afro Americano
☐ Hispano/Nativo Americano/Nativo de Alaska y Negro/Afro Americano
☐ 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.