**CRITERIOS DE ELEGIBILIDAD PARA PARTICIPACION DEL SERVICIO (FORMULARIO DV-CV-AH-003)**

**PROGRAMA DE SERVICIO AUXILIARES EN EL HOGAR COVID-19**

1. **Persona de Ingresos Bajos o Moderados (Deberá Utilizar los límites de ingresos establecidos por HUD para el año fiscal 2019. Deben acceder a la dirección electrónica FY 2019 Income Limits)**

1. Ingreso mensual familiar $\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. **Detalle de la condición**
2. Descripción del impedimento o condición:

Click or tap here to enter text.

1. Necesidad que le da prioridad al caso:

Click or tap here to enter text.

1. Información Médica:

Click or tap here to enter text.

1. Médico: Click or tap here to enter text.
2. Dirección: Click or tap here to enter text.
3. Recomendación Médica: Click or tap here to enter text.
4. **Comentarios:**

Click or tap here to enter text.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| **Firma del Coordinador de Servicios** |  | **Fecha** |