CONTESTACIÓN A LA CONSULTA A LOS CONTINUUM OF CARE PARA FONDOS DEL EMERGENCY SOLUTIONS GRANT 2013

INFORMACIÓN DE LA PERSONA QUE LLENA LA ENCUESTA

Nombre del *Continuum of Care* (CoC) al que pertenece: .....

Organización por la que completa la encuesta: .....

Nombre completo: _____

Título: _____

Dirección postal: _____

Dirección física: _____

Teléfono: _____

Correo electrónico: .....

¿Su Organización Pertenece a una Coalición de Personas sin Hogar? ☐ Si ☐ No
Si contesto si a la pregunta anterior, indique a que Coalición pertenece:
¿Es su organización el administrador del HMIS de su CoC? ☐ Si ☐ No
¿Su organización es actualmente un subrecipiente de fondos ESG del Departamento de la Familia? ☐ Si ☐ No
¿Su organización es actualmente un subrecipiente de fondos ESG de HUD (*entitlement*)? ☐ Si ☐ No

Favor indicar el número de referencia de la pregunta; Ejemplo: anote 1.1 seguido de su contestación.

TEMA DE CONSULTA # 1: ASIGNACIÓN DE FONDOS

TEMA DE CONSULTA # 2. MEDIDAS DE DESEMPEÑO

CONTESTACIÓN A LA CONSULTA A LOS CONTINUUM OF CARE PARA FONDOS DEL EMERGENCY SOLUTIONS GRANT 2013

TEMA DE CONSULTA # 3. HMIS