



377 Main St./PO Box 1432, Greenfield Ma, 01302
Phone:413-774-2310 Fax: 413-772-2733

PROGRAMA DE ASISTENCIA PARA LA ENERGÍA DE HOGARES DE BAJOS INGRESOS (LIHEAP)

FORMULARIO POR BAJOS INGRESOS/INGRESOS NULOS

(Para usar en casos de "ingresos nulos", o cuando los ingresos mensuales sean iguales o inferiores a \$100.00 después de deducir los costos de vivienda). Todas las secciones de este formulario DEBEN ser completadas por el Solicitante.

N.º de solicitud: Fecha:

Nombre del Solicitante:

Su ingreso mensual calculado de \$ está dentro de los \$100 de su costo de vivienda de \$.

1) Explique cómo cubre sus gastos básicos de manutención específicamente:

Servicios públicos

Alquiler/hipoteca

Vestimenta, cuidado personal, gastos médicos

Gastos de automóvil y/o transporte

Otro

2) ¿Tiene facturas vencidas o notificaciones de cobro? En caso afirmativo, debe proporcionar copias de esas facturas/notificaciones.

- Alquiler Hipoteca Electricidad Gas Préstamo automotor Facturas médicas
Tarjetas de crédito Televisión por cable Teléfono Otros

3) ¿Ha: a) hecho extracciones de su banco? b) recibido ayuda de otras personas para cubrir sus gastos de manutención?

En caso afirmativo, presente copias de los estados de cuenta bancarios en los que se indiquen los montos y las fechas.

b) recibido ayuda de otras personas para cubrir sus gastos de manutención?

En caso afirmativo, complete un formulario de Declaración de asistencia financiera. Se requiere una Declaración de Asistencia Financiera si la ayuda de otras personas ha durado más de 30 días.

4) ¿Cómo obtiene los alimentos? Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (SNAP) Programa Especial de Nutrición Suplementaria para Mujeres, Infantes y Niños (WIC, por sus siglas en inglés) Otro

5) ¿Recibe otra asistencia no monetaria?

En caso afirmativo, especifique:

Certifico que todas las declaraciones contenidas en este formulario y en mi solicitud son verdaderas. Comprendo que, en el caso de una declaración fraudulenta o una declaración errónea de información en este formulario y la solicitud, puedo ser responsable del valor total de cualquier asistencia recibida.

Nombre del Solicitante: Fecha:

(nombre en letra de imprenta)

Firma del solicitante: Fecha: