



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

FORMULARIO DE BAJOS INGRESOS/SIN INGRESOS

(Para uso en casos de "Sin ingresos" o cuando el ingreso mensual sea igual o menor 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 subsistencia específicamente:

Servicios públicos _____

Alquiler/hipoteca _____

Gastos de ropa, cuidado personal, gastos médicos _____

Gastos de automóvil y/o transporte _____

Otra opción _____

2) ¿Tiene facturas vencidas o avisos de cobranza? SÍ NO En caso afirmativo, **debe proporcionar copias de las facturas/avisos de un mes.**

Alquiler Hipoteca Electricidad Gas Préstamos para automóviles

Gastos médicos

Tarjetas de crédito TV por cable Teléfono Otros _____

3) ¿Usted... (a) ha realizado algún retiro de su banco? SÍ NO

En caso afirmativo, presente copias de extractos bancarios donde consten los montos y las fechas.

(b) recibió apoyo de otros para ayudar a cubrir sus gastos de subsistencia? SÍ NO

En caso afirmativo, complete un formulario de Declaración de asistencia financiera. Se requiere una Declaración de asistencia financiera si el apoyo de otros ha durado más de 30 días.

4) ¿Cómo obtiene alimentos? SNAP (Cupones para alimentos) WIC Otro _____

5) ¿Recibe otra asistencia que no sea en efectivo? SÍ NO

En caso afirmativo, por favor especifique: _____

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

Nombre del solicitante: _____ Fecha: _____

(aclaración del nombre)

Firma del solicitante: _____ Fecha: _____

LIHEAP Forms FY23

IMPORTANTE: Este documento es la traducción de un documento emitido por el DHCD. El DHCD proporciona esta traducción solo para su conveniencia y a fin de ayudarle a comprender sus derechos y obligaciones. El documento traducido no es un documento oficial. La versión en inglés emitida por el DHCD de este documento es el documento oficial, legal y de control y está disponible a pedido de la agencia de asistencia de combustible.

Low Income/No Income Form-Spanish