



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)**

DECLARACIÓN DE ASISTENCIA FINANCIERA

Nombre del Solicitante: _____

N.º de solicitud: _____

A ser completado por la persona que presta la asistencia

Yo, _____ certifico bajo pena de falso testimonio que
(Nombre en letra de imprenta de la persona que **OTORGA** la asistencia)

la siguiente es un informe veraz y completo de la asistencia financiera que he otorgado

(Nombre en letra de imprenta de la persona que **RECIBE** la asistencia)

Le otorgué: \$ _____ por: (marque una) _____ semana _____ mes.

Esta asistencia financiera comenzó: ___/___/___ y continuará hasta el ___/___/___.

Si la asistencia no es continua, el(los) monto(s) entregado(s) desde el ___/___/___ hasta el
___/___/___ ascendió(ascendieron) a \$ _____, y fue entregada el ___/___/___
(Fecha(s)).

Mi relación con el Solicitante es la siguiente: _____

Mi dirección es: _____

Mi número de teléfono es: _____

LA PRESENTE DECLARACIÓN DEBE CERTIFICARSE ANTE NOTARIO PÚBLICO.

Firma: _____

Fecha: _____

(Persona que otorga la asistencia)

El ___ de _____ de 20___, ante mí, el notario público infrascrito, compareció personalmente
_____(nombre del firmante del documento), que me demostró mediante pruebas
satisfactorias de identificación, que fueron _____, ser la persona cuyo nombre
está firmado en el documento precedente o adjunto, y reconoció ante mí que (él) (ella) lo firmó en
forma voluntaria para su propósito declarado.

Firma del notario: _____

SELLO NOTARIAL

Mi cargo vence el: ___/___/___

AÑO FISCAL 2022