

Declaración de Ingresos Cero

Nombre del Solicitante: _____ Número en el hogar: _____

Dirección: _____ Número de teléfono: _____

Su solicitud de Asistencia Energética no muestra ingresos suficientes para pagar sus facturas mensuales. Complete este formulario para informarnos cómo pagó sus gastos de subsistencia durante el mes de: _____

IMPORTANTE: Su solicitud puede ser denegada si no completa este formulario.

Enumere sus facturas mensuales:			
Factura	Cantidad mensual	Factura	Cantidad mensual
Alquiler/Hipoteca		Pago de Carro/Seguro	
Comida		Gasolina	
Calefacción		Cable/Internet	
Electricidad		Artículos Personales	
Teléfono/Móvil		Otros Gastos	

¿Cómo paga sus facturas mensuales sin ingresos? Si no ha pagado sus facturas mensuales, explique por qué:

Si alguien le ayudó a pagar sus facturas en el mes indicado anteriormente, indique su nombre a continuación:

Nombre: _____ Total del Regalo: \$ _____

Nombre: _____ Total del Préstamo: \$ _____

¿Vive con un amigo o familiar? Sí No

¿Aparecen en la solicitud? Sí No Si no, escriba su nombre y teléfono.

Durante el mes indicado anteriormente, ¿alguien que vive en su hogar tuvo las siguientes fuentes de ingresos?

Marque todas las que correspondan y **proporcione una prueba de ingresos con este formulario:**

Trabajo a tiempo completo Trabajo a tiempo parcial Trabajador autónomo Indemnización por Accidente Laboral Desempleo Seguro Social/ SSD Pagos de Anualidades Pensión Manutención de Hijos Ingresos por Alquiler Programa del Condado/Gobierno Trabajo a cambio de dinero en efectivo (ingresos regulares) Otros _____

Marque todas las opciones que correspondan: (no se requiere comprobante)

Asistencia de Emergencia o Vivienda Crédito por Ingresos del Trabajo Ahorros Préstamo con Garantía Hipotecaria Otros Préstamos Tarjeta de Crédito Beneficios Irregulares del Seguro Pensión alimenticia TANF Otra

Para los miembros del hogar desempleados:

Nombre _____ Última fecha en que trabajó: _____

Nombre _____ Última fecha en que trabajó: _____

Los pagos realizados por terceros para proporcionar apoyo a su hogar se consideran ingresos. Al firmar este formulario, afirmo que considero que estos datos son precisos y veraces. Autorizo al proveedor local de servicios LIHEAP a verificar esta información. Puedo ser considerado responsable civil o penalmente, en virtud de la legislación federal o estatal, por realizar declaraciones falsas o fraudulentas a sabiendas.

Firma de Solicitante: _____ Fecha: _____