

**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.**

<b>Factura</b>	<b>Cantidad mensual</b>
Alquiler Hipoteca	_____
Comida	_____
Calefacción	_____
Electricidad	_____
Teléfono/Móvil	_____
Pago de Carro/Seguro	_____
Gasolina	_____
Cable/Internet	_____
Artículos Personales	_____
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  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: \_\_\_\_\_