COMMUNITY ACTION FUEL ASSISTANCE
P.O. BOX 1432, GREENFIELD, MA 01302

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

FORMULARIO DE BAJOS INGRESOS/AUSENCIA DE INGRESOS

(Para uso en casos de solicitantes "sin ingresos" o cuando el ingreso mensual es igual o menor a $100.00 después de deducir los costos de vivienda). El solicitante DEBE contestar todas las secciones de este formulario.

N.° de solicitud: _____ Fecha: _____

Nombre del solicitante: _____

Su ingreso mensual calculado de $_____está a menos de $100 de sus costos de vivienda de $_____.

1) Por favor explique cómo cubre sus gastos básicos de subsistencia, específicamente:
Servicios públicos _____

Alquiler/hipoteca_____

Vestimenta, cuidado personal, gastos médicos_____

Gastos de automóvil y/o de transporte _____

Otro_____

2) ¿Tiene facturas vencidas o avisos de cobro? ☐ SÍ ☐ NO Si contestó que sí, **debe entregar copias de esas facturas o avisos**.

☐ Alquiler ☐ Hipoteca ☐ Electricidad ☐ Combustible ☐ Préstamo automotriz ☐Médico

☐ Tarjetas de crédito ☐ TV por cable ☐ Teléfono ☐ Otro _____

3) ¿Usted ha: a) retirado dinero de su banco? ☐ SÍ ☐ NO
Si contestó que sí, envíe copias de los estados de cuenta bancarios que muestren los importes y las fechas.

b) recibido apoyo de terceros para ayudarlo a cubrir sus gastos de subsistencia? ☐ SÍ ☐ NO
Si contestó que sí, llene un formulario de *Declaración de asistencia financiera*. Se requiere una *Declaración de asistencia financiera* si el apoyo a terceros ha durado más de 30 días.

4) ¿Cómo obtiene alimentos? ☐ SNAP (estampillas de alimentos) ☐ WIC ☐ Otro _____

5) ¿Recibe algún otro tipo de asistencia que no sea en efectivo? ☐ SÍ ☐ NO
Si contestó que sí, 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 en este formulario y solicitud, puedo ser responsable por el valor total de la asistencia recibida.

Nombre del solicitante: _____ Fecha: _____
(nombre en letra de molde)

Firma del solicitante: _____ Fecha: _____

TENGA EN CUENTA QUE: Este documento es una traducción de un documento emitido por el DHCD. El DHCD proporciona esta traducción simplemente como una conveniencia para ayudarlo a comprender sus derechos y obligaciones. El documento traducido no es un documento oficial. La versión en inglés de este documento emitida por el DHCD es el documento oficial, legal y de control y está disponible a pedido de la agencia de asistencia para combustibles.