



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

DECLARACIÓN DE ASISTENCIA FINANCIERA

Nombre del solicitante: _____

N.º de solicitud: _____

Para ser completado por la persona que brinda la asistencia

Yo, _____ certifico bajo pena de perjurio que
(Nombre impreso de la persona **QUE BRINDA** la asistencia)

el siguiente es un relato verdadero y completo de la asistencia financiera que le proporcioné a

(Nombre impreso de la persona **QUE RECIBE** la asistencia)

Le entregué a ella/él: \$_____ por: (marque uno) _____ semana _____ mes.

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

Si la asistencia no es continua, el monto total entregado desde el ___/___/___ hasta el ___/___/___ fue de \$_____, y se entregó el ___/___/___ (fechas).

Mi relación con el Solicitante es: _____

Mi dirección es: _____

Mi número de teléfono es: _____

Firma: _____
(Persona que brinda la asistencia)

Fecha: _____

Oficina central
180 Main Street
Gloucester, MA 01930
978-282-1000

Refugio de emergencia
370 Main Street
Gloucester, MA 01930
978-282-1000

Servicios de energía - Norte
47 Washington Street
Gloucester, MA 01930
Energía: 978-283-2131
Asistencia de combustible: 978-282-1003

Servicios de energía - Sur
3 Centennial Drive STE 230
Peabody, MA 01960
978-283-2131