



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

**FORMULARIO DE BAJOS INGRESOS/SIN INGRESOS**

(Para uso en casos de "Sin ingresos" o cuando el ingreso mensual sea igual o menor a \$100.00 después de deducir los costos de vivienda). Todas las secciones de este formulario DEBEN ser completadas por el Solicitante.

N.º de solicitud: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre del solicitante: \_\_\_\_\_

Su ingreso mensual calculado de \$ \_\_\_\_\_ está dentro de los \$100 de su costo de vivienda de \$ \_\_\_\_\_.

1) Explique cómo cubre sus gastos básicos de subsistencia específicamente:

Servicios públicos \_\_\_\_\_

Alquiler/hipoteca \_\_\_\_\_

Gastos de ropa, cuidado personal, gastos médicos \_\_\_\_\_

Gastos de automóvil y/o transporte \_\_\_\_\_

Otra opción \_\_\_\_\_

2) ¿Tiene facturas vencidas o avisos de cobranza?  SÍ  NO En caso afirmativo, **debe proporcionar copias de las facturas/avisos de un mes.**

Alquiler  Hipoteca  Electricidad  Gas  Préstamos para automóviles

Gastos médicos

Tarjetas de crédito  TV por cable  Teléfono  Otros \_\_\_\_\_

3) ¿Usted... (a) ha realizado algún retiro de su banco?  SÍ  NO

En caso afirmativo, presente copias de extractos bancarios donde consten los montos y las fechas.

(b) recibió apoyo de otros para ayudar a cubrir sus gastos de subsistencia?  SÍ  NO

En caso afirmativo, complete un formulario de Declaración de asistencia financiera. Se requiere una Declaración de asistencia financiera si el apoyo de otros ha durado más de 30 días.

4) ¿Cómo obtiene alimentos?  SNAP (Cupones para alimentos)  WIC  Otro \_\_\_\_\_

5) ¿Recibe otra asistencia que no sea en efectivo?  SÍ  NO

En caso afirmativo, por favor 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 de información en este formulario y solicitud, puedo ser responsable por el valor total de cualquier asistencia recibida.**

Nombre del solicitante: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

(aclaración del nombre)

Firma del solicitante: \_\_\_\_\_ 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