

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: _____