

COMMUNITY ACTION, INC.
3 Washington Sq 2nd Fl
Haverhill, Ma. 01830

LOW INCOME HOME ENERGY ASSISTANCE PROGRAM (LIHEAP)

LOW-INCOME / NO INCOME FORM

(For use in cases of "no income" or when monthly income is equal to or less than \$100.00 after housing costs are deducted.) All sections of this form MUST be completed by Applicant.

Application #: _____ Date: _____

Applicant Name: _____

Your monthly calculated income of \$ _____ is within \$100 of your housing cost of \$ _____.

1) Please explain how you meet your basic living expenses specifically:

Utilities _____

Rent/mortgage _____

Clothing/personal care, medical expenses _____

Car and/or transportation expenses _____

Other _____

2) Do you have any overdue bills or collection notices? ☐ YES ☐ NO

If Yes, **you must provide copies of those bills/notices.**

☐ Rent ☐ Mortgage ☐ Electric ☐ Gas ☐ Car Loan ☐ Medical

☐ Credit cards ☐ Cable TV ☐ Telephone ☐ Other _____

3) Have you: a) made any withdrawals from your bank ☐ YES ☐ NO

If yes, submit copies of bank statements which show amounts and dates.

b) received support from others to help meet your living expenses? ☐ YES ☐ NO

If yes, completed Financial Assistance Statement form. A Financial Assistance Statement is required if the support for others has lasted over 30 days.

4) How do you obtain food? ☐ SNAP (Food Stamps) ☐ WIC ☐ Other _____

5) Do you receive other non-cash assistance? ☐ YES ☐ NO

If yes, please specify: _____

I certify under the pains and penalties of perjury that all statements contained on this form and in my application are true. I understand that I may be liable for the full value of any assistance received as a result of a fraudulent statement or a misstatement of information and subject to criminal prosecution.

Applicant Name: _____ Date: _____

(print name)

Applicant Signature: _____ Date: _____

COMMUNITY ACTION, INC.

3 Washington Sq 2nd Fl

Haverhill, Ma. 01830

**PROGRAMA DE ASISTENCIA DE ENERGÍA PARA HOGARES DE BAJOS INGRESOS (LIHEAP,
por sus siglas en inglés)**

FORMULARIO DE BAJOS INGRESOS / NO INGRESOS

(Para uso en casos de "no ingresos" o cuando los ingresos mensuales son iguales o menos de \$100.00 después de deducir los costos de vivienda.) Todas las secciones de este formulario DEBEN ser completadas por el solicitante.

de solicitud: _____ Fecha: _____

Nombre del solicitante: _____

Sus ingresos mensuales calculados de \$ _____ están dentro de los \$100 del costo de su hogar de \$ _____

1) Por favor explique cómo usted cubre sus gastos básicos de subsistencia, específicamente:

Servicios públicos _____

Renta/hipoteca _____

Ropa/cuidado personal, gastos médicos _____

Gastos de automóvil y/o transporte _____

Otros: _____

2) ¿Tiene algunas factures vencidas o avisos de cobro? ☐ SÍ ☐ NO

Si responde afirmativamente, **usted tiene que presentar copias de tales facturas / avisos.**

☐ Alquiler ☐ Hipoteca ☐ Electricidad ☐ Gas ☐ Préstamo del carro ☐ Médico

☐ Tarjetas de crédito ☐ Cable de TV ☐ Teléfono ☐ Otro

3) Usted: a) ¿ha hecho algún retiro de su cuenta bancaria? ☐ SÍ ☐ NO

Si la respuesta es afirmativa, presente copias del estado de cuenta bancaria que muestre las cantidades y las fechas.

b) ¿ha recibido apoyo de otros para cubrir sus gastos de vida? ☐ SÍ ☐ NO

Si la respuesta es afirmativa, presente el formulario de Estado de Asistencia Financiera completado.

Se requiere el Estado de Asistencia Financiera si el apoyo de otros ha durado más de 30 días.

4) ¿Cómo obtiene usted los alimentos? ☐ SNAP (Cupones de alimentos) ☐ WIC ☐ Otro

5) ¿Recibe usted WIC u otra ayuda no monetaria? ☐ SÍ ☐ NO

En caso afirmativo, por favor especifique: _____

Declaro bajo las penalidades y sanciones de perjurio que todas las declaraciones contenidas en este formulario y en mi solicitud son verdaderas. Entiendo que puedo ser responsable por el valor total de cualquier ayuda recibida como resultado de una declaración falsa o una declaración de información errónea y estar sujeto a enjuiciamiento criminal.

Nombre del solicitante: _____ Fecha: _____

(nombre en letra de molde)

Firma del solicitante: _____ Fecha: _____

NOTA: Este documento es una traducción de un documento emitido por el DHCD. El DHCD proporciona esta traducción simplemente como una conveniencia para ayudar en su comprensión de 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 petición de los interesados a la agencia de asistencia de combustible.