

**PROGRAMA DE ASISTENCIA DE ENERGIA PARA HOGARES DE BAJOS INGRESOS (LIHEAP)**

**AUTO-DECLARACION Y/O DECLARACION DE MANEJABILIDAD**

**NOMBRE DEL SOLICITANTE (IMPRIMIR):** \_\_\_\_\_

**Apellido**

**Nombre**

**1. Actualmente no tengo ingresos.**

**Mi última fecha de empleo u otras fuentes de ingreso fué en:** \_\_\_\_\_

**Usted debe explicar cómo está manejando sus necesidades básicas (vivienda, servicios públicos, alimentos, ropa, transportación, etc.) sin ingresos.**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Soy incapaz de proporcionar la prueba de mis ingresos porque:**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**2. El/los siguiente(s) miembro(s) de mi hogar es/son incapacitado(s) y no han sido declarados así por la Administración de Seguro Social:**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Yo certifico que toda la información y explicaciones que he dado concerniente a mis ingresos, mi situación de vivienda y/o incapacidad son verdaderas y completas. Entiendo que la falsificación es ilegal y que violaciones pueden ser procesadas u otras medidas adoptadas para recuperar los fondos que reciba para que no soy elegible.**

\_\_\_\_\_  
**Firma del Solicitante**

\_\_\_\_\_  
**Fecha**

\_\_\_\_\_  
**Comentarios:**

\_\_\_\_\_  
**FOR OFFICE USE ONLY**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
**Firma del Empleado**

\_\_\_\_\_  
**Fecha**