

Forma de Ingresos y Gastos

Nombre del Aplicante: _____ Numero EAP del Hogar: _____

Dirección: _____ Número de Teléfono: _____

Su solicitud de asistencia energética no mostró suficientes ingresos para pagar sus facturas. Complete este formulario para indicarnos cómo pagó sus gastos de manutención durante el mes de: _____

IMPORTANTE: Su aplicación puede ser negada si usted no completa este formulario.

¿Cómo ha pagado sus facturas mensuales? Si no las ha pagado, explique: _____

Si alguien le ayudó a pagar sus facturas en el mes indicado anteriormente, complete la información a continuación:

Nombre	Monto
	Total del regalo: \$ Total del préstamo: \$
	Total del regalo: \$ Total del préstamo: \$

¿Vive con amigos o familiares? Sí No

En caso afirmativo, indique los nombres: _____

Para miembros del hogar desempleados:

Nombre	Última fecha de trabajo	Fecha del último cheque de pago

En el mes indicado anteriormente, ¿alguien que vivía en su hogar tenía estas fuentes de ingresos? Marque todas las opciones que correspondan y envíe un comprobante de ingresos junto con este formulario:

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Trabajo de tiempo completo | <input type="checkbox"/> Programa del condado/gobierno |
| <input type="checkbox"/> Trabajo de medio tiempo | <input type="checkbox"/> Ingresos del seguro de desempleo |
| <input type="checkbox"/> Trabajador autónomo | <input type="checkbox"/> Ingresos por alquiler |
| <input type="checkbox"/> Trabajo por encargo (Lyft/Uber, DoorDash, etc.) | <input type="checkbox"/> Indemnización laboral |
| <input type="checkbox"/> Trabaja por dinero en efectivo | <input type="checkbox"/> Pagos tribales |
| <input type="checkbox"/> Seguro Social/SSI | <input type="checkbox"/> Pensión alimenticia o manutención del cónyuge |
| <input type="checkbox"/> Pagos de pensión/anualidad | <input type="checkbox"/> Otros _____ |
| <input type="checkbox"/> Ingresos de jubilación | |

Al firmar este formulario, **confirmando que esta información es exacta y verdadera para todos los miembros del hogar. Autorizo al proveedor local de servicios del EAP a verificar esta información. Puedo ser considerado responsable, tanto civil como penalmente, conforme a las leyes federales o estatales, por realizar declaraciones falsas o fraudulentas a sabiendas.**

Firma del Aplicante: _____ Fecha: _____