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:**

🞏 Trabajo de tiempo completo

🞏 Trabajo de medio tiempo

🞏 Trabajador autónomo

🞏 Trabajo por encargo (Lyft/Uber, DoorDash, etc.)

🞏 Trabaja por dinero en efectivo

🞏 Seguro Social/SSI

🞏 Pagos de pensión/anualidad

🞏 Ingresos de jubilación

🞏 Programa del condado/gobierno

🞏 Ingresos del seguro de desempleo

🞏 Ingresos por alquiler

🞏 Indemnización laboral

🞏 Pagos tribales

🞏 Pensión alimenticia o manutención del cónyuge

🞏 Otros \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Al firmar este formulario, **confirmo 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: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_