

# PROGRAMA ASISTENCIAL DE ENERGIA – FORMULARIO DE AUTO-DECLARACION DE CERO INGRESO

Por favor complete y firme este formulario si usted declara un ingreso total de cero o no tiene ingresos; **si no completa o firma este formulario el proceso de su aplicación del HEAP se atrasará y le afectará su inscripción y verificación al programa PIPP Más.** Si deja partes de este formulario en blanco, o escribe palabras como N/A (no aplicable), o hace rallas (---), su formulario no será aceptado. Si hay más de un adulto miembro del hogar que declare cero o no tiene ingresos, usted deberá presentar copias de este formulario por cada miembro del hogar que califica al programa.

<b>Please Print</b>	Nombre del Cliente			Número de Cliente									
	Dirección			Número de Seguro Social									
Ciudad			Condado	Código Postal		Número de Teléfono (    )							

¿Cómo ha pagado sus cuentas mensuales en los últimos 90 días?


**Ohio**

John R. Kasich, Governor

**Development  
Services Agency**

David Goodman, Director

Si alguna persona que no vive con usted le ayuda a pagar sus cuentas, presente el nombre, número de teléfono, e incluya una carta firmada por esa persona. La carta debe explicar cuanto dinero y cuan seguido le ayudan y si le dan el dinero a usted o le pagan directamente a sus acreedores.

Nombre	Número de Teléfono (     )
--------	-------------------------------

Explique cómo está pagando los siguiente gastos mensuales:

Cuenta	Cantidad Mensual	Si la paga otra persona es un:	Cuenta	Cantidad Mensual	Si la paga otra persona es un:
Renta/Hipoteca	\$	<input type="checkbox"/> Regalo <input type="checkbox"/> Préstamo	Pago del auto/Seguro	\$	<input type="checkbox"/> Regalo <input type="checkbox"/> Préstamo
Comida	\$	<input type="checkbox"/> Regalo <input type="checkbox"/> Préstamo	Cable/Internet	\$	<input type="checkbox"/> Regalo <input type="checkbox"/> Préstamo
Gas	\$	<input type="checkbox"/> Regalo <input type="checkbox"/> Préstamo	Gastos personales	\$	<input type="checkbox"/> Regalo <input type="checkbox"/> Préstamo
Teléfono/Celular	\$	<input type="checkbox"/> Regalo <input type="checkbox"/> Préstamo	Otros gastos	\$	<input type="checkbox"/> Regalo <input type="checkbox"/> Préstamo

Entiendo que al firmar este formulario, le autorizo a la Agencia de Servicios de Desarrollo de Ohio, Oficina de Asistencia a la Comunidad, o a sus representantes, el acceso a mis documentos de asistencia pública, seguro social, empleo u otros documentos necesarios para verificar la declaración que estoy haciendo.

<b>X Firma</b> _____	<b>Fecha</b> _____
----------------------	--------------------