

**LEO INC.**  
**PO BOX 711 LYNN, MA 01903 • (781) 581 7220**  
**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 one month's 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, complete a *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 that all statements contained on this form and in my application are true. I understand that in the case of a fraudulent statement or misstatement of information on this form and application, I may be liable for the full value of any assistance received.**

Applicant Name: \_\_\_\_\_  
(print name)

Date: \_\_\_\_\_

Applicant Signature: \_\_\_\_\_

Date: \_\_\_\_\_

# LEO INC. PO BOX 711 LYNN, MA 01903

## PROGRAMA DE ASISTENCIA PARA LA ENERGÍA DE HOGARES DE BAJOS INGRESOS (LIHEAP)

### FORMULARIO POR BAJOS INGRESOS/INGRESOS NULOS

(Para usar en casos de "ingresos nulos", o cuando los ingresos mensuales sean iguales o inferiores a \$100.00 después de deducir los costos de vivienda). Todas las secciones de este formulario DEBEN ser completadas por el Solicitante.

N.º de solicitud: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre del Solicitante: \_\_\_\_\_

Su ingreso mensual calculado de \$\_\_\_\_\_ está dentro de los \$100 de su costo de vivienda de \$\_\_\_\_\_.

1) Explique cómo cubre sus gastos básicos de manutención específicamente:

Servicios públicos \_\_\_\_\_

Alquiler/hipoteca \_\_\_\_\_

Vestimenta, cuidado personal, gastos médicos \_\_\_\_\_

Gastos de automóvil y/o transporte

Otro \_\_\_\_\_

¿Tiene facturas vencidas o notificaciones de cobro?  SÍ  NO En caso afirmativo, **debe proporcionar copias de las facturas/avisos de un mes**

Alquiler  Hipoteca  Electricidad  Gas  Préstamo automotor  
 Facturas médicas

Tarjetas de crédito  Televisión por cable  Teléfono  Otros \_\_\_\_\_

3) ¿Ha: a) hecho extracciones de su banco?  SÍ  NO

En caso afirmativo, presente copias de los estados de cuenta bancarios en los que se indiquen los montos y las fechas.

b) recibido ayuda de otras personas para cubrir sus gastos de manutención?  SÍ  NO

En caso afirmativo, complete un formulario de *Declaración de asistencia financiera*. Se requiere una *Declaración de Asistencia Financiera* si la ayuda de otras personas ha durado más de 30 días.

4) ¿Cómo obtiene los alimentos?  Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (SNAP) (cupones para alimentos)  Programa Especial de Nutrición Suplementaria para Mujeres, Infantes y Niños (WIC, por sus siglas en inglés)  Otro \_\_\_\_\_

5) ¿Recibe otra asistencia no monetaria?  SÍ  NO

En caso afirmativo, especifique: \_\_\_\_\_

**Certifico que todas las declaraciones contenidas en este formulario y en mi solicitud son verdaderas. Comprendo que, en el caso de una declaración fraudulenta o una declaración errónea de información en este formulario y la solicitud, puedo ser responsable del valor total de cualquier asistencia recibida.**

Nombre del Solicitante: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

(nombre en letra de imprenta)

Firma del solicitante: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

LOW INCOME/NO INCOME FORM - SPANISH

#### AVISO:

Este documento es una traducción de un documento emitido por el EOHLC.

El EOHLC proporciona esta traducción solo como comodidad para ayudarlo a comprender sus derechos y obligaciones.

El documento traducido no es un documento oficial.

La versión en inglés de este documento, emitida por el EOHLC, es el documento oficial, legal y que rige, y está disponible a petición en la agencia de asistencia para la energía de hogares.