

LEO INC.
PO BOX 711 LYNN, MA 01903 • (781) 581 7220
LOW INCOME HOME ENERGY ASSISTANCE PROGRAM (LIHEAP)

NO INCOME (ZERO INCOME) STATEMENT

Each adult (ages 18+) household member reporting no income (zero income) is required to complete this statement form.

Application #: _____

I, _____, certify that I have (**choose one** of the following)
Print Name

Never received any income.

or

Received no income or money from _____/_____/_____ to _____/_____/_____.
Date last received income/money Current date or date started
to receive income/money again

Indicate the type of income that stopped: _____

Indicate the reason why the income stopped: _____

I certify that all statements contained on this form and in my application are true. I authorize LEO Inc. to examine my tax return in order to verify my income. I understand that in the case of a fraudulent statement or misstatement of "no income" I may be liable for the full value of any assistance received.

Signature of Person

Date

LEO INC.
PO BOX 711 LYNN, MA 01903 • (781) 581 7220
PROGRAMA DE ASISTENCIA ENERGÉTICA PARA HOGARES DE BAJOS INGRESOS
(LIHEAP)

DECLARACIÓN DE AUSENCIA DE INGRESOS (CERO INGRESOS)

Se requiere que cada miembro adulto del hogar (mayor de 18 años) que no informa ingresos (cero ingresos) conteste este formulario de declaración.

N.º de solicitud: _____

Yo, _____, certifico que (**elija una** de las siguientes opciones)

Nombre en letra de molde

Nunca recibí ingreso alguno

O

No recibí ingresos o dinero desde el ____/____/____ al ____/____/____.
Fecha de la última vez que recibió ingresos/dinero Fecha actual o fecha en que empezó a recibir ingresos/dinero nuevamente

Indique el tipo de ingreso que se detuvo: _____

Indique por qué se detuvo el ingreso: _____

Certifico que todas las declaraciones contenidas en este formulario y en mi solicitud son verdaderas. Autorizo a LEO Inc. a examinar mi declaración de impuestos para verificar mis ingresos. Entiendo que en el caso de una declaración fraudulenta o declaración errónea de "ausencia de ingresos", puedo ser responsable por el valor total de la asistencia recibida.

Firma de la persona

Fecha

NOTA: Este documento es una traducción de un documento emitido por el EOHLC. El EOHLC proporciona esta traducción simplemente como una conveniencia para ayudar en su comprensión de 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 de control y está disponible a petición de los interesados a la agencia de asistencia de combustible.

No Income (Zero Income) Statement - Spanish