LEO INC.
PO BOX 711 LYNN, MA 01903 ● (781) 581 7220

HOME ENERGY ASSISTANCE PROGRAM (HEAP)

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: _____ Date: _____
(print name)

Applicant Signature: _____ Date: _____

HEAP may also be referred to as the Low Income Home Energy Assistance Program or LIHEAP.

LEO INC.
PO BOX 711 LYNN, MA 01903 • (781) 581 7220
PROGRAMA DE ASISTENCIA DE ENERGÍA PARA HOGARES (HEAP)

FORMULARIO DE BAJOS RECURSOS / NINGÚN INGRESO

(Para usarse en casos de "ningún ingreso" o cuando el ingreso mensual es igual o menor a $100.00 después de deducirse los costos de vivienda). El solicitante DEBE completar todas las secciones de este formulario.

Núm. de solicitud: _____ Fecha: _____

Nombre del solicitante: _____

Su ingreso mensual calculado de $_____está dentro de $100 de sus costo de vivienda de $_____.

1) Por favor explique cómo cubre específicamente sus gastos básicos para la vida:
Servicios _____

Alquiler/hipoteca_____

Ropa, cuidado personal, gastos médicos_____

Auto y/o gastos de transporte _____

Otros_____

2) ¿Tiene facturas vencidas o avisos de cobro? ☐ SÍ ☐ NO De ser sí, **debe proporcionar copias de las facturas/avisos de un mes**.

☐ Alquiler ☐ Hipoteca ☐ Electricidad ☐ Gas ☐ Préstamo de auto ☐ Médico
☐ Tarjetas de crédito ☐ TV por cable ☐ Teléfono ☐ Otro _____

3) Usted ha: a) hecho algún retiro de su banco ☐ SÍ ☐ NO
De ser sí, envíe copias de extractos bancarios que muestren las cantidades y fechas.

b) recibido apoyo de otros para ayudar a cubrir sus gastos de manutención? ☐ SÍ ☐ NO
De ser sí, complete un formulario de Declaración de Asistencia Financiera. Se necesita una Declaración de Asistencia Financiera si el apoyo para otros ha durado más de 30 días.

4) ¿Cómo consigue alimentos? ☐ SNAP (Cupones para Alimentos) ☐ WIC ☐ Otro _____

5) ¿Usted recibe otra asistencia no en efectivo? ☐ SÍ ☐ NO
De ser sí, por favor especifique: _____

Certifico que todas las declaraciones contenidas en este formulario y en mi solicitud son verdaderas. Entiendo que en el caso de una declaración fraudulenta o declaración errónea de información en este formulario y solicitud, soy responsable del valor completo de cualquier asistencia recibida.

Nombre del solicitante: _____ Fecha: _____
(Nombre en letra de molde)
Firma del solicitante: _____ Fecha: _____

Al HEAP también se le puede llamar el Programa de Asistencia de Energía para Hogares de Bajos Ingresos o LIHEAP.

POR FAVOR TOME EN CUENTA: Este documento es una traducción de un documento emitido por la Oficina Ejecutiva de Vivienda y Comunidades Habitables (EOHLC). La EOHLC proporciona esta traducción únicamente como una facilidad para ayudarlo a usted a entender sus derechos y obligaciones. El documento traducido no es un documento oficial. La versión en inglés de este documento emitido por la EOHLC es el documento oficial, legal, de control y está disponible a petición de la Agencia de Asistencia de Energía para Hogares.
Low-Income/No Income Form- Spanish