

Apéndice E

Programa de Asistencia de Energía para Hogares de Bajos Ingresos de Rhode Island (LIHEAP)

Formulario de Miembro Adulto del Hogar sin Ingresos

Complete un formulario por separado para cada miembro del hogar (incluido el solicitante principal) sin ingresos que tenga 18 años o más.

Nombre del Solicitante:	Número de Solicitud: A ser llenado por la Agencia de Acción Comunitaria	
Nombre del miembro del hogar:		
Dirección:		
Ciudad:	Estado:	Código Postal:
Número de Teléfono:		

¿Eres actualmente un estudiante de tiempo completo?	Sí	No
En caso afirmativo, nombre de la escuela:		
¿Tienes ingresos?		

Describe cómo está satisfaciendo sus necesidades básicas.

Doy fe de que la información anterior es completa y precisa y por la presente autorizo a la División de Impuestos de Rhode Island a divulgar mis ingresos brutos y el número de dependientes al Departamento de Servicios Humanos de Rhode Island para ayudarlos a determinar mi elegibilidad para este programa.

Entiendo que proporcionar información falsa o incompleta en este documento es un intento de defraudar al Gobierno Federal.

Firma del miembro del hogar

Fecha