

# Forma de Ingresos y Gastos

Nombre del Aplicante: \_\_\_\_\_ Numero EAP del Hogar: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Número de Teléfono: \_\_\_\_\_

Su aplicación para Asistencia de Energía no mostro suficiente ingreso para pagar sus facturas mensuales. Favor de completar este formulario para explicarnos como sus gastos han sido pagados en estos 3 meses: \_\_\_\_\_

**IMPORTANTE: Su aplicación puede ser negada si usted no completa este formulario.**

## Enliste sus gastos mensuales:

Cuenta	Cantidad Mensual	Cuenta	Cantidad Mensual
Renta/Hipoteca		Pago de Auto/Seguro	
Comida		Gasolina	
Calefacción		Cable/Internet	
Electricidad		Artículos Personales	
Teléfono/Celular		Otros gastos	

## ¿Cómo ha pagado usted sus cuentas mensuales?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Si alguien le ayudo a pagar sus gastos durante los 3 meses indicados arriba, escriba el nombre, dirección y número de teléfono aquí abajo:

1. \_\_\_\_\_ Regalo. Total 3 meses: \$ \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_ Préstamo. Total 3 meses: \$ \_\_\_\_\_

## ¿Vive usted con un amigo o familiar? Sí No

En caso afirmativo, enliste el nombre y número de teléfono:

## ¿Durante los 3 meses indicados arriba, alguien en su hogar tiene alguna de estas fuentes de ingreso?

Marque todas las casillas que apliquen y **mande comprobantes con este formulario:**

- Trabajo de tiempo completo  Trabajo de medio tiempo  Empleo por cuenta propia  Compensación al Trabajador  Desempleo  Ingresos del Seguro Social/SSI  Pago de Anualidad  Pensión  Pagos de Tribu  Ingreso de Rentas  Condado/Programa de Gobierno  Trabajo por pago en efectivo (ingreso regular)  Otro \_\_\_\_\_

Marque todas las que apliquen: (no necesita proveer comprobantes)

- Asistencia de Emergencia de Vivienda  Soporte Infantil  Crédito por Ingreso Ganado  Ahorros  Préstamo sobre el valor liquido de la vivienda Loan  Otros Prestamos  Tarjetas de Crédito  Beneficios de Aseguro

## Para miembros desempleados:

Nombre \_\_\_\_\_ Ultimo día de empleo: \_\_\_\_\_

Nombre \_\_\_\_\_ Ultimo día de empleo: \_\_\_\_\_

Se consideran como ingresos los pagos efectuados por otras personas para proveer soporte regular para su hogar. Al firmar este formulario, yo afirmo que toda la información proveída es correcta y cierta. Yo doy permiso a mi Proveedor de Servicio EAP local para verificar esta información. Sé que puedo estar sujeto/a a cargos civiles o criminales bajo la ley federal o estatal por intencionalmente proporcionar información falsa o fraudulenta.

Firma del Apicante: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_