



MARYLAND Oficina de Programas
de Energía para el Hogar
DECLARACIÓN DE NO INGRESOS

DEVUELVA ESTE FORMULARIO A :

Instrucciones: Todos los miembros del hogar mayores de 18 años que no hayan tenido ingresos en los últimos 30 días deben firmar este formulario. Los ingresos incluyen, pero no se limitan a: salarios, trabajo por cuenta propia, Seguro Social, TCA/TDAP, Desempleo, regalos monetarios y préstamos. Cada persona que declare que no ha tenido ingresos en los últimos 30 días se le llama "Declarante" y debe escribir en letra de imprenta, la firma y fecha a continuación.

Nombre del Solicitante: _____

N.º de ID del Solicitante: _____

Yo certifico que no he tenido ingresos propios durante los últimos treinta (30) días desde _____ hasta _____.

Juro (o afirmo) que toda la información en esta declaración es verdadera, correcta y completa según mi capacidad, conocimiento y creencia.

Doy permiso a la Oficina de Programas de Energía para el Hogar (OHEP) y/o a la Oficina del Inspector General (OIG) para verificar todos los ingresos del hogar, cuentas bancarias, gastos de vivienda, seguros y cualquier otro beneficio, y para que otras agencias gubernamentales/no gubernamentales den y/o reciban información de OHEP necesaria para completar esta solicitud.

Maryland tiene una ley contra el fraude. Se pueden imponer sanciones por no decir la verdad al solicitar asistencia para pagar los costos de energía del hogar.

Entiendo que seré penalizado con una multa y/o encarcelamiento por proporcionar declaraciones falsas. Mi firma a continuación hace que esta declaración sea válida.

Cuando otra persona que no sea el solicitante llene este formulario, el/los firmante(s) acuerdan informar a la agencia local sobre cualquier cambio del que tenga conocimiento en las circunstancias financieras del solicitante o en su relación con el solicitante.

Nombre del Declarante

Firma del Declarante

Fecha de la Firma

Nombre del Declarante

Firma del Declarante

Fecha de la Firma

Nombre del Declarante

Firma del Declarante

Fecha de la Firma

Nombre del Declarante

Firma del Declarante

Fecha de la Firma

Nombre del Declarante

Firma del Declarante

Fecha de la Firma

Nombre del Declarante

Firma del Declarante

Fecha de la Firma

SOLO PARA USO DE LA OFICINA:

Fecha de Recibido: _____

Revisado y Aprobado:: _____

Firma del Trabajador: _____

Fecha: _____