

**Declaración De Ingresos Cero**

Nombre del Solicitante: \_\_\_\_\_ Número en el hogar: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Número de teléfono: \_\_\_\_\_

Su solicitud de Asistencia Energética no muestra ingresos suficientes para pagar sus facturas mensuales. Complete este formulario para informarnos cómo pagó sus gastos de subsistencia durante el mes de: \_\_\_\_\_

**IMPORTANTE: Su solicitud puede ser denegada si no completa este formulario.**

<b>Factura</b>	<b>Cantidad mensual</b>
Alquiler Hipoteca	_____
Comida	_____
Calefacción	_____
Electricidad	_____
Teléfono/Móvil	_____
Pago de Carro/Seguro	_____
Gasolina	_____
Cable/Internet	_____
Artículos Personales	_____
Otros Gastos	_____

¿Cómo paga sus facturas mensuales sin ingresos? Si no ha pagado sus facturas mensuales, explique por qué:

\_\_\_\_\_

Si alguien le ayudó a pagar sus facturas en el mes indicado anteriormente, indique su nombre a continuación:

Nombre: \_\_\_\_\_ Total del Regalo: \$ \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Total del Préstamo: \$ \_\_\_\_\_

¿Vive con un amigo o familiar?  Sí  No

¿Aparecen en la solicitud?  Sí  No Si no, escriba su nombre y teléfono:

\_\_\_\_\_

Durante el mes indicado anteriormente, ¿alguien que vive en su hogar tuvo las siguientes fuentes de ingresos?

Marque todas las que correspondan y proporcione una prueba de ingresos con este formulario:

Trabajo a tiempo completo  Trabajo a tiempo parcial  Trabajador autónomo

Indemnización por Accidente Laboral  Desempleo  Seguro Social/SSD  Pagos de Anualidades  Pensión  Manutención de Hijos  Ingresos por Alquiler  Programa del Condado/Gobierno  Trabajo a cambio de dinero en efectivo (ingresos regulares)

Otros: \_\_\_\_\_

Marque todas las opciones que correspondan: (no se requiere comprobante)

Asistencia de Emergencia  Vivienda  Crédito por Ingresos del Trabajo  Ahorros

Préstamo con Garantía Hipotecaria  Otros Préstamos  Tarjeta de Crédito

Beneficios Irregulares del Seguro  Pensión alimenticia  TANF  Otra: \_\_\_\_\_

Para los miembros del hogar desempleados:

Nombre: \_\_\_\_\_ Última fecha en que trabajó: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Última fecha en que trabajó: \_\_\_\_\_

Los pagos realizados por terceros para proporcionar apoyo a su hogar se consideran ingresos. Al firmar este formulario, afirmo que considero que estos datos son precisos y veraces. Autorizo al proveedor local de servicios LIHEAP a verificar esta información. Puedo ser considerado responsable civil o penalmente, en virtud de la legislación federal o estatal, por realizar declaraciones falsas o fraudulentas a sabiendas.

Firma de Solicitante: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

### **Acuerdo De Asistencia Energética LIHEAP Para Propietarios Inquilinos**

Este formulario debe utilizarse si la factura de energía de un cliente de LIHEAP está incluida en el costo del alquiler que paga a su arrendador.

Nombre del Arrendador: \_\_\_\_\_

Nombre del Inquilino: \_\_\_\_\_

Dirección de la Propiedad Alquilada: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Fecha de Mudanza: \_\_\_\_\_

Alquiler Mensual Total: \$ \_\_\_\_\_ Costos Mensuales de Energía: \$ \_\_\_\_\_

Número de cuenta de la factura de energía: \_\_\_\_\_

#### **Favor de incluir una copia de la factura de energía**

Nombre de la Cuenta de la Factura de Energía: \_\_\_\_\_

Proveedor de Energía: \_\_\_\_\_

#### **Certificación del Arrendador**

Acepto reducir el alquiler del inquilino a la cantidad que excluye el costo de la energía, hasta que se agote el beneficio aprobado. Una vez agotada la cantidad del beneficio aprobado, se restablecerá la cantidad del alquiler habitual del inquilino, que incluye el costo de la energía. Si por cualquier motivo el inquilino se muda o es desalojado antes de que se agoten los fondos, la parte restante será devuelta al inquilino. Si no se puede localizar al inquilino, cualquier saldo restante de LIHEAP se remitirá al Departamento del Tesoro del Estado de Tennessee a nombre del inquilino.

Firma del arrendador: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Firma del inquilino: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

**Formulario de Ingresos de Trabajo por Cuenta Propia**

Nombre del solicitante: \_\_\_\_\_

Tipo de empresa: \_\_\_\_\_

**Con qué frecuencia recibe ingresos:**

Semanal  Quincenal  Bimensual  Mensual

Estos ingresos de trabajo por cuenta propia son por el período del \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_.

¿Hizo una declaración de impuestos este año?  Sí  No En caso afirmativo, es necesaria una copia de su declaración con toda la información.

¿Hizo una declaración de impuestos el año pasado?  Sí  No

Si no hizo una declaración de impuestos este año pero hizo una declaración de impuestos el año pasado, incluya una copia de la declaración de impuestos del año pasado.

**Registro de Ingresos, Miembro del hogar 1**

Fecha de recepción \_\_\_\_\_

Forma de pago \_\_\_\_\_

Monto \_\_\_\_\_

Gastos comerciales \_\_\_\_\_

Ingresos netos \_\_\_\_\_

**Registro de Ingresos, Miembro del hogar 2**

Fecha de recepción \_\_\_\_\_

Forma de pago \_\_\_\_\_

Monto \_\_\_\_\_

Gastos comerciales \_\_\_\_\_

Ingresos netos \_\_\_\_\_

**Registro de Ingresos, Miembro del hogar 3**

Fecha de recepción \_\_\_\_\_

Forma de pago \_\_\_\_\_

Monto \_\_\_\_\_

Gastos comerciales \_\_\_\_\_

Ingresos netos \_\_\_\_\_

**Registro de Ingresos, Miembro del hogar 4**

Fecha de recepción \_\_\_\_\_

Forma de pago \_\_\_\_\_

Monto \_\_\_\_\_

Gastos comerciales \_\_\_\_\_

Ingresos netos \_\_\_\_\_

**Registro de Ingresos, Miembro del hogar 5**

Fecha de recepción \_\_\_\_\_

Forma de pago \_\_\_\_\_

Monto \_\_\_\_\_

Gastos comerciales \_\_\_\_\_

Ingresos netos \_\_\_\_\_

Yo, \_\_\_\_\_, certifico que el presente es un registro verdadero y correcto de mis ingresos de trabajo por cuenta propia en los últimos 30 días.

Firma del solicitante: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

## Verificación de Discapacidad

### Parte I: Datos del Solicitante

Nombre del Solicitante: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Dirección Actual: \_\_\_\_\_

### Parte II: Información e Instrucciones para Personas con Discapacidad

Nombre del Miembro del Hogar con Discapacidad: \_\_\_\_\_

Últimos Cuatro Dígitos del número de seguridad social: xxx-xx-\_\_\_\_\_

La persona arriba mencionada es solicitante o participante en un programa financiado con fondos federales administrado por Mid-Cumberland Community Action Agency y en colaboración con la Agencia de Desarrollo de la Vivienda de Tennessee (THDA) y ha declarado que padece una discapacidad permanente. La discapacidad debe ser verificada para determinar los factores de elegibilidad para el Programa de Asistencia Energética para Hogares de Bajos Ingresos (LIHEAP). Agradecemos que complete este formulario lo antes posible.

### Favor de Completar el Certificado Médico

### Parte III: Certificado Médico de Necesidad - Para ser completado por el Médico Profesional de la Salud

#### Definición de Discapacidad

La discapacidad se define como el cumplimiento de uno o más de los siguientes criterios:

#### 1. Limitación Sustancial de la Actividad Lucrativa

Incapacidad para realizar cualquier actividad lucrativa sustancial debido a una discapacidad física o mental medicamente determinable:

- Que se espera que provoque la Muerte, o
- Que haya durado o se espera que dure un período continuo de no menos de 12 meses

#### 2. Discapacidad Crónica Grave

Una discapacidad crónica grave que:

- Es atribuible a una deficiencia mental o física, o a una combinación de deficiencias

- Se manifiesta antes de que la persona cumpla los 22 años
- Es probable que continúe indefinidamente.
- Da lugar a limitaciones funcionales sustanciales en tres o más áreas:
  - (a) Autocuidado (b) Lenguaje receptivo y expresivo (c) Aprendizaje
  - (d) Movilidad (e) Autodeterminación (f) Capacidad para la vida independiente
  - (g) Autosuficiencia económica
- Refleja necesidad del individuo de una combinación y secuencia de cuidados, tratamientos u otros servicios especiales, interdisciplinarios o genericos, de duración prolongada o de par vida, planificados y coordinados individualmente.

### 3. Discapacidad para la Vida Independiente

Una discapacidad física o mental que:

- Se espera sea de larga duración e indefinida
- Impide sustancialmente la capacidad de la persona para vivir independientemente
- Podría mejorarse con condiciones de vivienda más adecuadas

### Certificación

Yo, el medico profesional de la salud abajo firmante, certifico por la presente que la persona indicada a continuación cumple la definición de discapacidad descrita anteriormente.

Favor de marcar todas las subsecciones aplicables:

- 1. Limitación Sustancial de la Actividad Lucrativa
- 2. Discapacidad Crónica Grave
- 3. Deterioro de la Vida Independiente
- Ninguna de las anteriores

Nombre de la Persona: \_\_\_\_\_

Fecha de Certificación: \_\_\_\_\_

Nombre en Letra de Molde del Profesional Certificador: \_\_\_\_\_

Cargo Profesión: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_

Número de Licencia: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Número de Teléfono: \_\_\_\_\_

Firma del Médico/Profesional de la Salud: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

Nota: El título 18, sección 1001, del Código de los Estados Unidos establece que toda persona que, a sabiendas y voluntariamente, realice declaraciones falsas a cualquier departamento u organismo de los Estados Unidos o al Departamento de Salud y Servicios Humanos, tal y como lo lleva a cabo el programa LIHEAP a través del estado de Tennessee.