



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 Añualidad 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 Seguro

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: _____