



Rhode Island Low-Income Home Energy Assistance Program (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 rellenar por la Agencia	
Nombre del miembro del hogar:		
Dirección:		
Ciudad:	Estado:	Zip Code:
Número de teléfono:		

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

Describe cómo está satisfaciendo sus necesidades básicas (vivienda, comida, ropa, etc.).

Certificado:

Bajo pena de perjurio, certifico que toda la información proporcionada en este formulario es verdadera y precisa. Entiendo que estoy infringiendo la ley si doy información falsa o engañosa y puedo ser castigado bajo la ley federal, la ley estatal o ambas. Mis beneficios también pueden ser denegados.

Firma del miembro del hogar

Fecha