

PROGRAMA DE ASISTENCIA DE ENERGÍA PARA HOGARES DE BAJOS INGRESOS (LIHEAP)

DECLARACIÓN DE ASISTENCIA FINANCIERA

Nombre del solicitante: _____

N.º de solicitud: _____

Para ser completado por la persona que brinda la asistencia

Yo, _____ certifico bajo pena de perjurio que
(Nombre impreso de la persona **QUE BRINDA** la asistencia)

el siguiente es un relato verdadero y completo de la asistencia financiera que le proporcioné a

(Nombre impreso de la persona **QUE RECIBE** la asistencia)

Le entregué a ella/él: \$_____ por: (marque uno) _____ semana _____ mes.

Esta asistencia financiera comenzó el ___/___/___ y continuará hasta el ___/___/___.

Si la asistencia no es continua, el monto total entregado desde el ___/___/___ hasta el ___/___/___ fue de \$_____, y se entregó el ___/___/___ (fechas).

Mi relación con el Solicitante es: _____

Mi dirección es: _____

Mi número de teléfono es: _____

Firma: _____

Fecha: _____

(Persona que brinda la asistencia)

IMPORTANTE: Este documento es la traducción de un documento emitido por el DHCD. El DHCD proporciona esta traducción solo para su conveniencia y a fin de ayudarle a comprender sus derechos y obligaciones. El documento traducido no es un documento oficial. La versión en inglés emitida por el DHCD de este documento es el documento oficial, legal y de control y está disponible a pedido de la agencia de asistencia de combustible.