

North Shore Community Action Programs
119 R. Foster Str., Bldg. 13, Peabody, Ma. 01960
978-531-0767, ext. 136

**PROGRAMA DE ASISTENCIA ENERGÉTICA PARA HOGARES
DE BAJOS INGRESOS (LIHEAP)**

DECLARACIÓN DE ASISTENCIA FINANCIERA

Nombre del solicitante: _____

Solicitud #: _____

Debe ser completado por la persona que brinda la asistencia

Yo, certifico _____, bajo pena de perjurio, que
(Nombre en letra de imprenta de la persona **que BRINDA** asistencia)

el siguiente es un relato verdadero y completo de la ayuda financiera que di

(Nombre en letra de imprenta de la persona **que
RECIBE** asistencia)

Le di: \$ _____ por: (marque una) _____ semana _____ mes.

Esta ayuda financiera comenzó: ____ / ____ / ____ y continuará hasta ____ / ____ / ____.

Si la asistencia no continua, la(s) cantidad(es) dada(s) de ____ / ____ / ____ a ____
/ ____ / ____ fue de \$ _____, y se dio ____ / ____ / ____ (Fecha(s)).

Mi relación con el Solicitante es: _____

Mi dirección es: _____

Mi número de teléfono es: _____

Firma: _____

(Persona que brinda asistencia)

Fecha: _____