

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

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

**DECLARACIÓN DE ASISTENCIA FINANCIERA**

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

**Núm. de solicitud:** \_\_\_\_\_

Debe ser completado por la persona que da la asistencia

Yo, \_\_\_\_\_ certifico bajo pena de perjurio que  
(Nombre en letra molde de persona que **DA** la asistencia)

lo siguiente es una cuenta verdadera y completa de la asistencia financiera que yo le di a

\_\_\_\_\_  
(Nombre en letra molde de persona que **RECIBE** la asistencia)

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

Esta asistencia financiera empezó: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ y continuará hasta \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_.

Si la asistencia no es continua, la(s) cantidad(es) dada(s) del \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ al  
\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ fue \$ \_\_\_\_\_, y se dio el \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ (Fecha(s)).

Mi relación con el/la solicitante es: \_\_\_\_\_

Mi dirección es: \_\_\_\_\_

Mi número de teléfono es: \_\_\_\_\_

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

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

(Persona que da la asistencia)

POR FAVOR TOME NOTA: Este documento es una traducción de un documento emitido por la Oficina Ejecutiva de Vivienda y Comunidades Habitables (EOHLC, por sus siglas en inglés). La EOHLC proporciona esta traducción únicamente como una facilidad para ayudarlo a usted a entender sus derechos y obligaciones. El documento traducido no es un documento oficial. La versión en inglés de este documento emitido por la EOHLC es el documento oficial, legal, de control y está disponible a petición de la agencia de asistencia para combustible.