

GUÍAS FEDERALES DE POBREZA 150%

AYUDA PARA SERVICIOS PÚBLICOS

(Tabla de calificación de ingresos)

Para calificar para recibir ayuda, los ingresos mensuales del hogar según el tamaño de su familia deben ser iguales o menores que el monto indicado en la tabla.

Tamaño de la familia	Annual	Mensual
1	\$25,201.00	\$2,100.08
2	\$32,956.00	\$2,746.33
3	\$40,710.00	\$3,392.50
4	\$48,464.00	\$4,038.67
5	\$56,218.00	\$4,684.83
6	\$63,972.00	\$5,331.00
7	\$71,726.00	\$5,977.17
8	\$79,480.00	\$6,623.33
* Por cada persona adicional, sumar:	\$7,754.00	\$646.17



Shelby County Community Services

AGENCIA DE SERVICIOS COMUNITARIOS DEL CONDADO DE SHELBY
PROGRAMA DE ASISTENCIA PARA LA ENERGÍA DE HOGARES DE BAJOS INGRESOS (LIHEAP)

DOCUMENTACIÓN REQUERIDA

TARJETAS DEL SEGURO SOCIAL DE CADA MIEMBRO DEL HOGAR
CERTIFICADOS DE NACIMIENTO DE LOS NIÑOS DE 5 AÑOS DE EDAD O MENORES
IDENTIFICACIÓN VÁLIDA EMITIDA POR EL GOBIERNO
CONSTANCIA DE INGRESOS DE TODO EL HOGAR DURANTE LOS ÚLTIMOS 30 DÍAS **DE TODOS LOS MIEMBROS MAYORES DE 18 AÑOS DE EDAD**
CONSTANCIA DE CONDICIÓN DE VETERANO
COPIA DE LA FACTURA DE SERVICIOS PÚBLICOS MÁS RECIENTE O RECIBO DE UNA FUENTE DE COMBUSTIBLE
NOTIFICACIÓN DE LA AUTORIDAD DE VIVIENDA DE MEMPHIS (MHA) PARA EL INQUILINO/PROPIETARIO SOBRE EL CAMBIO DEL PROGRAMA DE ASISTENCIA PARA LA VIVIENDA (HAP) O CONTRATO DE ALQUILER (D) O FORMULARIO HUD 50059 - DECLARACIÓN DE PERMISO PARA SOLICITUD (*SI LOS SERVICIOS PÚBLICOS NO ESTÁN A NOMBRE DEL SOLICITANTE*)
VERIFICACIÓN DE INGRESOS DEL LIHEAP

DOCUMENTACIÓN DE INGRESOS REQUERIDA

SEGURO SOCIAL, SEGURIDAD DE INGRESO SUPLEMENTARIO (SSI), DISCAPACIDAD Y BENEFICIOS DEL DEPARTAMENTO DE ASUNTOS DE LOS VETERANOS (VA)

CARTA DE CONCESIÓN ACTUAL
DOCUMENTO IMPRESO ACTUAL DE LA OFICINA DE ADMINISTRACIÓN DEL SEGURO SOCIAL

INGRESOS PROVENIENTES DE ASISTENCIA TEMPORAL PARA FAMILIAS NECESITADAS (TANF) O AYUDA PARA LAS FAMILIAS CON HIJOS DEPENDIENTES (AFDC)

DOCUMENTO IMPRESO DE DISPOSICIÓN ACTUAL DEL DEPARTAMENTO DE SERVICIOS HUMANOS
CARTA ACTUAL DE DECLARACIÓN DE ELEGIBILIDAD RECIBIDA POR CORREO. LA CARTA DEBE INCLUIR EL MONTO DEL BENEFICIO.

MANUTENCIÓN INFANTIL

DOCUMENTO IMPRESO ACTUAL DEL TRIBUNAL PARA MENORES INDICANDO EL **MONTO BRUTO OBTENIDO** MENSUAL
MANUTENCIÓN INFANTIL ACTUAL DESDE FUERA DEL ESTADO – DOCUMENTO LEGAL DEL TRIBUNAL CON EL SELLO DEL ESTADO

BENEFICIOS POR DESEMPLEO

DOCUMENTO IMPRESO ACTUAL DEL ESTADO DE TENNESSEE (RESUMEN DE RECLAMO) INCLUYENDO LOS ESTADOS AFUERA DE TENNESSEE

EMPLEO

TALONES DE CHEQUES DEL EMPLEADOR – **EN ORDEN SEGÚN SU FECHA DE RECEPCIÓN**
➤ **ÚLTIMOS 30 DÍAS DE PAGO**
CARTA ACTUAL CONFIRMANDO SALARIOS BRUTOS (TASA DE PAGO, HORAS TRABAJADAS POR SEMANA, FECHA DE PAGO)
➤ DEBE ESTAR FIRMADO Y FECHADO
➤ DEBE ESTAR EN PAPEL DE 8 ½ X 11 PULGADAS CON EL MEMBRETE DE LA COMPAÑÍA

CARENCIA DE INGRESOS

AUTODECLARACIÓN COMPLETA DE CARENCIA DE INGRESOS DE TODOS LOS MIEMBROS DE **18 AÑOS DE EDAD** O MÁS (PROPORCIONADA A SOLICITUD)
DECLARACIÓN POR ESCRITO CONFIRMANDO LA CARENCIA DE INGRESOS POR PARTE DE UN AMIGO O FAMILIAR QUE NO VIVA EN LA CASA Y QUE NO HAYA SOLICITADO LIHEAP.

EMPLEO POR CUENTA PROPIA

DECLARACIÓN DE IMPUESTOS DEL AÑO ACTUAL O ANTERIOR
FORMULARIO DE EMPLEO POR CUENTA PROPIA (PROPORCIONADO A SOLICITUD)

EMPLEO EN EL SISTEMA ESCOLAR DEL CONDADO DE SHELBY

DECLARACIÓN INDICANDO EL MONTO BRUTO, LA FECHA DE CONTRATACIÓN, LAS HORAS TRABAJADAS POR SEMANA, LA TASA DE PAGO Y SI ES UN EMPLEO DE 9, 10 O 12 MESES O EL TALÓN DEL CHEQUE DE PAGO ACTUAL DE LOS ÚLTIMOS 30 DÍAS.



Shelby County Community Services
Servicios Comunitarios del Condado de Shelby

Fecha de revisión: 01/10/2021

Envíe por correo electrónico las solicitudes llenas a LIHEAP@ShelbyCountyTN.gov o por correo a 1188 Minna Place, Memphis, TN 38104

Solicitud del Programa de Asistencia para la Energía de Hogares de Bajos Ingresos (LIHEAP)

<i>Solo para uso oficial de la agencia</i>
FECHA DE RECEPCIÓN DE SOLICITUD:
FECHA EN QUE SE COMPLETÓ LA SOLICITUD:

Tipo de asistencia que usted está solicitando:

- Asistencia para la energía Asistencia por crisis

¿Ha solicitado asistencia del programa LIHEAP desde el **1 de octubre de 2021** a través de cualquier agencia LIHEAP de Tennessee? Sí No

Si sí, ¿qué agencia de brindó asistencia? _____

Información del hogar

Dirección primaria	Ciudad o localidad	Estado	Código postal	Condado
--------------------	--------------------	--------	---------------	---------

Información del jefe del hogar

Primer nombre	Inicial del segundo nombre	Apellido
---------------	----------------------------	----------

Por favor, llene hojas de información individual por cada miembro del hogar, incluyendo al jefe del hogar.

Dirección y datos de contacto

Teléfono primario	Teléfono secundario	Dirección de correo electrónico (opcional)
-------------------	---------------------	--

Dirección postal (si es diferente a la indicada arriba)	Ciudad o localidad	Estado	Código postal	Condado
---	--------------------	--------	---------------	---------

Detalles de la familia

Tipo de familia: Persona soltera Padre o madre soltera femenina Padre o madre soltero masculino
 Adulto(s) con hijo(s) Adulto(s) sin hijo(s) Otro _____

Tipo de vivienda: Propia Alquiler Sección 8 Vivienda pública

¿Tiene usted una declaración médica firmada que indique que alguien en su hogar necesita equipo de soporte vital? Sí No

Elementos que necesitará cuando presente esta solicitud

1. La solicitud, completamente llena.
2. Identificación del jefe del hogar emitida por el gobierno.
3. Un registro de miembro del hogar por cada miembro del hogar, incluyendo al jefe del hogar.
4. Una hoja de detalles de ingresos por cada miembro del hogar de 18 años de edad o más.
5. Confirmación del Número del Seguro Social de cada persona en el hogar. Se denegará la asistencia si el solicitante se niega a suministrar los números del seguro social de todos los miembros del hogar y las verificaciones de los mismos.
6. Documentación de ingresos (recibos de pago, etc.)
7. Documentación del consumo anual de energía.

Hoja de Miembro del Hogar
Solicitud de Asistencia LIHEAP

Nombre del jefe del hogar: _____

Hoja de información de miembro del hogar (por favor, use hojas adicionales según sea necesario)

Nota: se denegará la asistencia si el solicitante se niega a suministrar todos los Números del Seguro Social de los miembros del hogar y las verificaciones de los mismos.

Número de miembros del hogar: _____

Primer nombre			Inicial del segundo nombre			Apellido		
---------------	--	--	----------------------------	--	--	----------	--	--

Género			Fecha de nacimiento			Número del Seguro Social		
--------	--	--	---------------------	--	--	--------------------------	--	--

Parentesco con el hogar: Jefe del hogar Cónyuge Hijo Hijo adoptivo Nieto Hijo adulto Padre o madre
 Abuelo Otro parentesco No tiene parentesco

Raza (por favor, seleccione una): Blanca Negra/afroamericana Asiática India americana/nativa de Alaska
 Nativa de Hawái u otra isla del Pacífico Multirracial Otra _____

¿Es hispano o latino? Sí No

Ciudadanía: Nacido o naturalizado de los EE.UU. Residente legal elegible No es un residente legal elegible
 Residente indocumentado

Empleo, si tiene más de 18 años de edad Tiempo completo Tiempo parcial Jubilado Busca trabajo Desempleado No disponible

¿Tiene usted seguro médico? Sí No

Educación, si tiene 0-8º grado 9º-12º grado Bachillerato/equivalencia No graduado de bachillerato/equivalencia más de 18 años de edad: 12+ postsecundaria incompleta Título universitario de 2 o 4 años Título universitario de 4 años

Discapacidad: Ninguna Enfermedad mental Aprendizaje Cognitiva Visual Del habla Audición Sordera Respiración
 Ortopédica Otra _____

Veterano o miembro del servicio militar activo: Sí No

Primer nombre			Inicial del segundo nombre			Apellido		
---------------	--	--	----------------------------	--	--	----------	--	--

Género			Fecha de nacimiento			Número del Seguro Social		
--------	--	--	---------------------	--	--	--------------------------	--	--

Parentesco con el hogar: Jefe del hogar Cónyuge Hijo Hijo adoptivo Nieto Hijo adulto Padre o madre
 Abuelo Otro parentesco No tiene parentesco

Raza (por favor, seleccione una): Blanca Negra/afroamericana Asiática India americana/nativa de Alaska
 Nativa de Hawái u otra isla del Pacífico Multirracial Otra _____

¿Es hispano o latino? Sí No

Ciudadanía: Nacido o naturalizado de los EE.UU. Residente legal elegible No es un residente legal elegible
 Residente indocumentado

Empleo, si tiene más de 18 años de edad Tiempo completo Tiempo parcial Jubilado Busca trabajo Desempleado No disponible

¿Tiene usted seguro médico? Sí No

Educación, si tiene 0-8º grado 9º-12º grado Bachillerato/equivalencia No graduado de bachillerato/equivalencia más de 18 años de edad: 12+ postsecundaria incompleta Título universitario de 2 o 4 años Título universitario de 4 años

Discapacidad: Ninguna Enfermedad mental Aprendizaje Cognitiva Visual Del habla Audición Sordera Respiración
 Ortopédica Otra _____

Veterano o miembro del servicio militar activo: Sí No

Nombre del jefe del hogar: _____

Nombre del miembro del hogar: _____

Hoja de detalles de ingresos (por favor, adjunte una hoja por miembro del hogar o más de una si es necesario)**Nota: todas las fuentes de ingresos deben ser informadas, con la excepción de los ingresos de empleo de los miembros del hogar menores a los 18 años de edad.****Ingresos: ¿Estos ingresos son actuales? Sí No**

Tipo de ingresos: Pensión alimenticia/manutención infantil Pensión Sueldos/salarios Seguro Social
 Seguro por discapacidad del Seguro Social (SSDI) Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI)
 Asistencia Temporal Para Familias Necesitadas (TANF) O Ayuda Para Las Familias Con Hijos Dependientes (AFDC)
 Desempleo No tiene ingresos

Período de ingresos: Semanal Cada dos semanas Quincenal Mensual Trimestral Anual

Monto bruto por período de ingresos: _____

Tipo de documentación proporcionada: _____

Datos del empleador

Nombre del empleador	Dirección	Ciudad	Estado	Código postal	Duración de empleo

Ingresos: ¿Estos ingresos son actuales? Sí No

Tipo de ingresos: Pensión alimenticia/manutención infantil Pensión Sueldos/salarios Seguro Social
 Seguro por discapacidad del Seguro Social (SSDI) Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI)
 Asistencia Temporal Para Familias Necesitadas (TANF) O Ayuda Para Las Familias Con Hijos Dependientes (AFDC)
 Desempleo No tiene ingresos

Período de ingresos: Semanal Cada dos semanas Quincenal Mensual Trimestral Anual

Monto bruto por período de ingresos: _____

Tipo de documentación proporcionada: _____

Datos del empleador

Nombre del empleador	Dirección	Ciudad	Estado	Código postal	Duración de empleo

Ingresos: ¿Estos ingresos son actuales? Sí No

Tipo de ingresos: Pensión alimenticia/manutención infantil Pensión Sueldos/salarios Seguro Social
 Seguro por discapacidad del Seguro Social (SSDI) Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI)
 Asistencia Temporal Para Familias Necesitadas (TANF) O Ayuda Para Las Familias Con Hijos Dependientes (AFDC)
 Desempleo No tiene ingresos

Período de ingresos: Semanal Cada dos semanas Quincenal Mensual Trimestral Anual

Monto bruto por período de ingresos: _____

Tipo de documentación proporcionada: _____

Datos del empleador

Nombre del empleador	Dirección	Ciudad	Estado	Código postal	Duración de empleo

-- Por, favor, adjunte más hojas según sea necesario para documentar los ingresos --**Nota: todas las fuentes de ingresos deben ser informadas, con la excepción de los ingresos de empleo de los miembros del hogar menores a 18 años de edad.**

Nombre del jefe del hogar: _____

Datos de solicitud de LIHEAP

Fuente(s) de energía: Madera Electricidad Fueloil Carbón Keroseno Gas natural Gas L.P.

Costo de energía residencial:	*Solo para inquilinos de vivienda pública/sección 8*
\$ _____	Monto de "sobrepaso" en servicios públicos \$ _____

Compañía de servicios o electricidad que recibirá el pago:
Nombre de la compañía de servicios:
Dirección de la compañía de servicios:
Teléfono:
No. de cuenta:

Compañía de servicios o energía adicional:
Nombre de la compañía de servicios:
Dirección de la compañía de servicios:
Teléfono:
No. de cuenta:

Por favor, adjunte documentación del consumo anual de energía.

Certifico que la(s) cuenta(s) indicada(s) arriba a nombre de _____ (últimos 4 dígitos del No. del Seguro Social -SSN-) _____ relación _____ son para el uso de mi hogar y que soy responsable de sus pagos.

¿Está esta cuenta a nombre de su arrendador? Sí No

¿Su casa alguna vez ha servido en virtud del Programa de Asistencia de Climatización (WAP)? Sí No

¿Le interesa dicho programa? Sí No

Si está solicitando asistencia debido a una crisis, por favor, díganos por qué en el espacio siguiente:	
¿Le han desconectado la electricidad o el gas? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Ha recibido un aviso de suspensión de servicio? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <i>Si ha recibido un aviso de suspensión de servicio, por favor, adjunte una copia del mismo a esta solicitud.</i>

Certificación del solicitante

Certifico que toda la información proporcionada por mí en el presente es verdadera y correcta. Comprendo que cualquier persona que encubra fraudulentamente un hecho material o que conscientemente proporcione información falsa para la recepción de asistencia LIHEAP es responsable, si es condenada, de una multa de \$10,000 o encarcelamiento por no más de cinco años, o ambas sanciones. Autorizo la verificación de cualquier información proporcionada en el presente para determinar mi elegibilidad y reconozco y acepto que he sido informado sobre el proceso de apelación en virtud de las disposiciones del Programa de Asistencia para la Energía de Hogares de Bajos Ingresos. Doy fe bajo pena de perjurio de que todas las personas que solicitan o reciben ayuda son ciudadanos de los Estados Unidos o son extranjeros calificados según su definición en la sección 1641(b) del Código de los Estados Unidos (USC) o que son inmigrantes elegibles. Comprendo que se me notificará por escrito sobre mi estado de elegibilidad. La información de identificación proporcionada por usted para la determinación de su elegibilidad para el LIHEAP y para la provisión de servicios del programa se considerará confidencial, salvo según lo autorice u ordene la ley; no se compartirá con ninguna otra persona o agencia, excepto para efectos directamente relacionados con la administración del programa (LIHEAP). Soy el cliente de este registro, el representante autorizado del cliente o un tercero autorizado para la cuenta de servicios públicos identificada en esta solicitud; además, autorizo a mi proveedor de servicios públicos a revelar mis datos de cliente según lo solicite la agencia de administración del LIHEAP. Yo sí o no acepto que la información contenida en mi solicitud pueda ser compartida con otras agencias de las cuales yo busque servicios adicionales.

Firma del solicitante: _____ Fecha: _____

A ninguna persona se le excluirá de la participación, ni se le negarán beneficios o se le discriminará de ninguna otra manera con base en su raza, color, nacionalidad de origen, sexo, edad, discapacidad, ascendencia, condición de veterano o cualquier otra característica protegida por las leyes federales, estatales o locales, en la operación del programa LIHEAP.

A ser completado únicamente por el personal de la agencia	
Nivel de beneficios elegible \$ _____	Ingresos brutos anuales totales de todos los miembros mayores de 18 años de edad \$ _____
Recibo No.: _____	Fecha/hora en que se tomó: _____
Fecha/hora de notificación al proveedor: _____ / _____	Estado de la solicitud: Aprobada <input type="checkbox"/> Denegada <input type="checkbox"/>
% de pobreza: _____	Puntos totales: _____
Firma del oficial revisor de la agencia: _____	Fecha de certificación: _____

HOJA DE MIEMBRO ADICIONAL DEL HOGAR

NOMBRE	RELACIÓN CON EL SOLICITANTE	NÚMERO DEL SEGURO SOCIAL	FECHA DE NACIMIENTO	EDAD	SEXO M/F	MÁXIMO GRADO ESCOLAR COMPLETADO	RAZA	TIENE SEGURO DE SALUD	RECIBE INGRESOS

NOMBRE DE LA PERSONA CON DISCAPACIDAD: _____

DISCAPACIDAD: ___ ENFERMEDAD MENTAL ___ APRENDIZAJE ___ COGNITIVA ___ VISUAL ___ AUDICIÓN ___ RESPIRACIÓN
 ___ ORTOPÉDICA ___ DEL HABLA ___ SORDO ___ OTRO _____



Shelby County Community Services
 Servicios Comunitarios del Condado de Shelby

AGENCIA DE SERVICIOS COMUNITARIOS DEL CONDADO DE SHELBY

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

TÍTULO VI RECONOCIMIENTO

Garantiza la “no discriminación en programas con asistencia federal”

“NINGUNA PERSONA EN LOS ESTADOS UNIDOS SERÁ EXCLUIDA DE PARTICIPAR, NI SE LE NEGARÁN BENEFICIOS O SE LE SOMETERÁ A DISCRIMINACIÓN, CON BASE EN SU RAZA, COLOR U ORIGEN, EN CUALQUIER PROGRAMA O ACTIVIDAD QUE RECIBA ASISTENCIA FINANCIERA FEDERAL”

Las prácticas prohibidas incluyen, pero no se limitan a:

- Denegar a una persona cualquier servicio, ayuda financiera u otros beneficios debido a su raza, color o nacionalidad de origen.
- Proporcionar servicios o beneficios diferentes o brindar los mismos de una manera distinta.
- Requerir estándares o condiciones diferentes como prerrequisitos para atender a las personas.
- Ubicar instalaciones de manera que se limite o impida el acceso a servicios o beneficios que utilicen fondos federales.
- No hacer asignaciones para dificultades idiomáticas o educativas.

Cualquier persona u organización que crea que ha sido víctima de discriminación con base en raza, color o nacionalidad de origen puede presentar una queja ante la agencia en cuestión o ante el Coordinador del Título VI del Condado de Shelby.

AUTORIZACIÓN DE INFORMACIÓN

Confirmando que, por medio del presente documento, doy permiso a la Agencia de Servicios Comunitarios del Condado de Shelby para compartir y/u obtener cualquier información necesaria para certificarme para el **Programa de Asistencia para la Energía de Hogares de Bajos Ingresos**. Entiendo que esta información solo se compartirá, obtendrá o verificará profesionalmente mientras se protegen mis derechos de confidencialidad. Por medio de la presente, también doy permiso a la Agencia de Servicios Comunitarios del Condado de Shelby para que obtenga recursos adicionales en mi nombre, si es necesario y apropiado. Sin embargo, solicito que no se contacte con _____

PROCEDIMIENTO DE RECLAMO

Los clientes que solicitan asistencia a través de los programas ofrecidos por la Agencia de Servicios Comunitarios del Condado de Shelby tienen derecho a apelar cualquier decisión hecha en su nombre, excepto cuando los fondos se hayan agotado.

Los clientes tienen el derecho de apelar y solicitar una audiencia justa. El cliente debe ponerse en contacto con la Agencia de Servicios Comunitarios del Condado de Shelby para obtener el formulario de queja apropiado. Después de que se haya tomado una decisión, el formulario de queja debe ser llenado por triplicado y completado dentro de (30) días. El cliente, la Agencia y el Estado conservarán una copia del formulario de queja.

X _____
Firma del cliente

X _____
Fecha



Shelby County Community Services
Servicios Comunitarios del Condado de Shelby

AGENCIA DE SERVICIOS COMUNITARIOS DEL CONDADO DE SHELBY

DECLARACIÓN DE PERMISO PARA PRESENTAR UNA SOLICITUD

Por favor, llene este formulario si los Servicios Públicos del Solicitante están a nombre de alguien más.

Si la persona cuyo nombre aparece en la factura de servicios aún vive, por favor, solicítele que llene la siguiente parte en su totalidad.

Yo, _____, por medio del presente le doy a _____
(Nombre de la persona en la factura) (Nombre del solicitante)

permiso para solicitar Asistencia para Servicios Públicos en la dirección siguiente:

(Nombre de calle) (Ciudad/estado) (Código postal)

Yo, _____, no vivo en el mismo hogar que _____
(Nombre de la persona en la factura) (Nombre del solicitante)

Mi dirección actual es:

(Nombre de calle) (Ciudad/estado) (Código postal)

(Firma) (Fecha) (Número de contacto)

Si la persona cuyo nombre aparece en la factura de Servicios ha fallecido: el Solicitante debe llenar la siguiente parte, adjuntar constancia de residencia y constancia de defunción.

Yo, _____, por medio del presente declaro que _____
(Nombre del solicitante) (Nombre de la persona en la factura)

ha fallecido y que yo soy financieramente responsable por los Servicios Públicos en la dirección siguiente:

(Nombre de calle) (Ciudad/estado) (Código postal)

(Firma) (Fecha)



Shelby County Community Services
Servicios Comunitarios del Condado de Shelby

AGENCIA DE SERVICIOS COMUNITARIOS DEL CONDADO DE SHELBY

Autodeclaración de carencia de ingresos

Fecha de solicitud: _____

Yo, _____ certifico que los siguientes miembros del hogar, de 18
(Nombre del solicitante en letra de molde)

años de edad o más, no tienen ingresos:

Nombre: _____ reclama carecer de ingresos en los 30 días previos a la fecha de solicitud indicada arriba.

Nombre: _____ reclama carecer de ingresos en los 30 días previos a la fecha de solicitud indicada arriba.

Nombre: _____ reclama carecer de ingresos en los 30 días previos a la fecha de solicitud indicada arriba.

Nombre: _____ reclama carecer de ingresos en los 30 días previos a la fecha de solicitud indicada arriba.

Nombre: _____ reclama carecer de ingresos en los 30 días previos a la fecha de solicitud indicada arriba.

Nota: todos los miembros del hogar que declaran carencia de ingresos, incluso cuando alguien en el hogar tiene ingresos, deberán ser incluidos en este formulario. Las cartas de separación del empleo actuales deben ser adjuntadas a este formulario firmado.

Certifico que la información anterior es correcta. Falsificar y/o retener información de ingresos es un delito federal y puedo ser condenado a una multa de \$10,000 o a encarcelamiento por no más de cinco años, o ambos, en virtud de las leyes del Estado de Tennessee.

Firma del solicitante: _____ **Fecha:** _____



Shelby County Community Services
Servicios Comunitarios del Condado de Shelby