OFICINA DE PROGRAMAS DE ENERGÍA PARA EL HOGAR DE MARYLAND DECLARACIÓN DE INGRESO CERO	DEVUELVA ESTE FORMULARIO A: _____ _____ _____

***Instrucciones*: Todos los miembros del hogar mayores de 18 años que no hayan tenido ingresos en los últimos 30 días deben firmar este formulario. Esto incluye, pero no se limita a lo siguiente: salarios, ingresos por trabajo independiente, Seguro Social, Asistencia Temporal en Efectivo (TCA, en inglés)/Programa de Asistencia Temporal por Incapacidad (TDAP, en inglés), beneficios por desempleo, regalos monetarios y préstamos. Cada persona que declare no haber tenido ingresos en los últimos 30 días se conoce como "Declarante" y debe escribir su nombre, la fecha en cada espacio correspondiente y firmar.**

Nombre del solicitante: _____

N.º de identificación del cliente: _____proporcionado por la agencia local___

Certifico que no he tenido ingresos propios durante los últimos treinta (30) días, de_____a_____.

Juro (o afirmo) que toda la información de esta declaración es verdadera, correcta y completa según mi leal saber y entender.

Autorizo a la Oficina de Programas de Energía para el Hogar (OHEP) o a la Oficina del Inspector General (OIG, en inglés) a verificar todos los ingresos del hogar, cuentas bancarias, gastos de vivienda, seguros y cualquier otro beneficio. Además, permito que otras agencias gubernamentales o no gubernamentales den y/o reciban información de la OHEP necesaria para completar esta solicitud.

Maryland tiene una ley contra el fraude. Se pueden imponer sanciones por no decir la verdad al solicitar asistencia para pagar los costos de energía del hogar.

Entiendo que seré penalizado con multa o prisión por proporcionar declaraciones falsas. Mi firma a continuación hace que esta declaración sea vinculante.

Cuando otra persona que no sea el solicitante complete este formulario, el firmante o firmantes se comprometen a informar a la agencia local cualquier cambio del cual tengan conocimiento sobre las circunstancias financieras del solicitante o sobre su relación con el solicitante.

Nombre del declarante	Firma del declarante	Fecha de la firma
Nombre del declarante	Firma del declarante	Fecha de la firma
Nombre del declarante	Firma del declarante	Fecha de la firma
Nombre del declarante	Firma del declarante	Fecha de la firma
Nombre del declarante	Firma del declarante	Fecha de la firma
Nombre del declarante	Firma del declarante	Fecha de la firma

SOLO PARA USO DE LA OFICINA:

Fecha de recibido: _____

Revisado y aprobado: _____ _____

Firma del trabajador Fecha