



## Rhode Island Low-Income Home Energy Assistance Program (LIHEAP)

### Formulario de Miembro Adulto del Hogar sin Ingresos

Complete un formulario por separado para cada miembro del hogar (incluido el solicitante principal) sin ingresos que tenga 18 años o más.

Nombre del solicitante:	Número de solicitud: A rellenar por la Agencia	
Nombre del miembro del hogar:		
Dirección:		
Ciudad:	Estado:	Zip Code:
Número de teléfono:		

¿Tienes ingresos?	Sí	No
¿Eres actualmente un estudiante de tiempo completo?	Sí	No
En caso afirmativo, nombre de la escuela:		

Describe cómo está satisfaciendo sus necesidades básicas (vivienda, comida, ropa, etc.).
--

#### Certificado:

Bajo pena de perjurio, certifico que toda la información proporcionada en este formulario es verdadera y precisa. Entiendo que estoy infringiendo la ley si doy información falsa o engañosa y puedo ser castigado bajo la ley federal, la ley estatal o ambas. Mis beneficios también pueden ser denegados.

---

Firma del miembro del hogar

---

Fecha