

## Apéndice E

### Programa de Asistencia de Energía para Hogares de Bajos Ingresos de Rhode Island (LIHEAP, por sus siglas en inglés)

#### Miembro adulto del hogar con formulario sin ingresos

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

Nombre del solicitante:		Número de solicitud: Ser rellenado por la Agencia de Acción Comunitaria	
Nombre del miembro del hogar:			
Dirección:			
Ciudad:		Estado:	Código postal:
Número de teléfono:			

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

Por favor, describe cómo está satisfaciendo sus necesidades básicas.
--

*Doy fe de que la información anterior es completa y precisa y por la presente autorizo a la División de Impuestos de Rhode Island a divulgar mi ingreso bruto y número de dependientes al Departamento de Servicios Humanos de Rhode Island para ayudarlos a determinar mi elegibilidad para este programa.*

*Entiendo que proporcionar información falsa o incompleta en este documento es un intento de defraudar al Gobierno Federal.*

\_\_\_\_\_  
Firma del miembro del hogar

\_\_\_\_\_  
Fecha