

NOMBRE DEL CLIENTE:	CASO NRO.:	FECHA:
---------------------	------------	--------

## DECLARACIÓN DE CERO INGRESO

*Los solicitantes cuyos grupos familiares tienen muy pocos o ningún ingreso deben completar y firmar este formulario.*

¿Ha recibido su hogar cualquier ingreso en el mes antes de solicitar LIHEAP?  Sí  No

En caso afirmativo, díganos de dónde provino dicho ingreso y cuánto recibió:

---

Díganos cómo su grupo familiar satisface sus necesidades para las siguientes áreas:

**Alimentos:** \_\_\_\_\_

---

---

**Vivienda:** \_\_\_\_\_

---

---

**Servicios públicos (electricidad, calefacción, agua, etc.):** \_\_\_\_\_

---

---

\_\_\_\_\_  
Escriba su nombre con letra de molde

\_\_\_\_\_  
Firma

\_\_\_\_\_  
Fecha



**pennsylvania**  
DEPARTMENT OF PUBLIC WELFARE