



**ENERGY ASSISTANCE  
AFFIDAVIT**

COUNTY ASSISTANCE OFFICE

DATE

**DECLARACION DEL PROGRAMA DE  
ASISTENCIA DE ENERGIA**

Yo, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_  
(nombre y apellido) (dirección)

\_\_\_\_\_, el presente día \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_, completé una solicitud de asistencia económica ante el Departamento de Bienestar Público de conformidad con el programa de asistencia de energía.

El Departamento de Bienestar Público me ha solicitado mi número de seguro social para verificar que no se ha cometido fraude o que no hay duplicación de pagos y por medio del presente declaro lo siguiente:

A mi leal saber y entender, no tengo número de Seguro Social y, por lo tanto, no puedo cumplir con la petición del Departamento.

Estoy ejerciendo mis derechos de conformidad con la Sección 7 de la Ley de Privacidad de 1974 y me rehúso a proporcionar mi número de seguro social.

\_\_\_\_\_  
Firma del solicitante

\_\_\_\_\_  
Firma del empleado