

DECLARACIÓN DE CARENCIA DE INGRESOS

Nombre del cliente **NO TUVO INGRESOS**

Mes, Año Mes, Año Mes, Año

No he recibido ingresos por estos motivos:

- Salario de empleo (incluyendo comisiones, propinas, bonos, honorarios, etc.)
- Ingresos por negocio propio
- Ingresos por alquiler del lugar donde vive u otra propiedad que posee
- Interés de dividendos que provienen de activos
- Pagos de Seguro Social (por ejemplo: Administración del Seguro Social, seguridad de Ingreso Suplementario), rentas anuales, pólizas de seguro, fondos de jubilación, pensiones, o indemnización por fallecimiento
- Pagos por desempleo o discapacidad
- Pagos de asistencia pública (por ejemplo: Asistencia Temporal para Familias Necesitadas)
- Manutención de menores, pensión alimenticia o donaciones recibidas por personas que no viven en mi hogar
- Cualquier otro motivo no mencionado anteriormente

Por favor explique cómo usted (o su familia) ha pagado todos sus gastos de manutención cuando su hogar no ha tenido ingresos o no ha contado con los ingresos suficientes. Si usted no ha podido pagar algunos gastos o ninguno de ellos por favor escríbalos.

ESTO DEBE SER COMPLETADO:

Alimentos: _____

Servicios públicos:

Vivienda: _____

Certifico que la información contenida en esta Declaración de Carencia de Ingresos está completa y es correcta según mi saber. Entiendo que estoy firmando esta Declaración **bajo pena de juicio penal** si intencionadamente proveo información falsa que resulta en la asignación de asistencia para la que no soy elegible.

Firma del cliente

Firma del personal

Fecha

Fecha

- Se ha comprobado que no existen informes de ingresos de este cliente con el Sistema de Verificación de Beneficios del Departamento de Servicios Sociales y de Salud (DSHS, por sus siglas en inglés).
- Informe del DSHS adjunto
 - En caso negativo, ¿por qué? _____

Notas: _____

Nombre del Solicitante Principal Registrado
