



Rhode Island Low-Income Home Energy Assistance Program (LIHEAP)
Missing Document Notice

Date: _____

Applicant Name: _____ **Application #** _____

Thank you for submitting your 2026 LIHEAP application. To complete processing, please provide the missing documents checked below. Your application **cannot be processed** until these documents are received.

Return the requested documents by: _____. Failure to provide documents by this date may result in denial of your application.

Please **make copies** of all documents (do not send originals). Return by mail, drop box, or email to your **local Community**

Action Agency _____.

Proof of Identity

- ☐ Photo ID (Driver's license, State ID, Passport, Military ID) for _____
- ☐ Social Security Cards (or official document with SSN) for _____
- ☐ Birth Certificates for all children under 18 for _____
- ☐ Other: _____

Proof of Residence

- ☐ Lease, Rent Receipt, or Landlord Information Form
- ☐ Mortgage Statement, Deed, or Property Tax Bill
- ☐ Utility Bill (gas, electric, or deliverable fuel) showing current address
- ☐ Other: _____

Proof of Income

- ☐ Employment Income: 4 consecutive weekly or 2 bi-weekly paystubs for _____
- ☐ SSI, SSDI, RI Works, Pension, Veterans, etc. (award letter or bank statement) for _____
- ☐ Unemployment / TDI: Current award letter or bank statement for _____
- ☐ Self-Employment: Current tax return or Declaration of Self-Employment Form
- ☐ Child Support / Alimony: Court order, agency letter, or 4 weeks of checks
- ☐ Rental Income: Lease or Rental Income Form
- ☐ Support from Family / Friends: Completed Support Form
- ☐ No Income Form (for each adult 18+ with no income) for _____
- ☐ Student Verification: Full-time class schedule and invoice (if age 18–23) _____
- ☐ Other: _____

LIHEAP Staff: _____ **Contact:** _____



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



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

Membro Adulto do Agregado Familiar com Formulário de Não Rendimento

Por favor, preencha um formulário separado para cada membro do agregado familiar (incluindo o requerente principal) sem rendimentos que tenha 18 anos ou mais.

Nome do candidato:	Número do pedido: A preencher pela Agência	
Nome do membro do agregado familiar:		
Endereço:		
Cidade:	Estado:	CEP:
Número de telefone:		

Tem rendimentos?	Sim ☐	Não ☐
Atualmente é estudante a tempo inteiro?	Sim ☐	Não ☐
Em caso afirmativo, nome da escola:		

Descreva como satisfaz as suas necessidades básicas (abrigo, alimentação, vestuário, etc.).

Certificado:

Sob pena de perjúrio, certifico que todas as informações fornecidas neste formulário são verdadeiras e precisas. Eu entendo que estou infringindo a lei se eu der informações falsas ou enganosas e posso ser punido de acordo com a lei federal, lei estadual ou ambos. Meus benefícios também podem ser negados.

Assinatura do membro do agregado familiar

Data