



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

Adult Household Member with No-Income Form

Please fill out a separate form for each household member (including the primary applicant) with no income who is 18 years old or older.

Applicant Name:	Application Number: To be filled out by Community Action Agency	
Household member's name:		
Address:		
City:	State:	Zip:
Phone Number:		

	Yes	No
Do you have income?	Yes	No
Are you currently a full-time student?	Yes	No
If yes, name of school:		

Please describe how you are meeting your basic needs (shelter, food, clothing, etc).

Attestation:

Under penalty of perjury, I certify that all the information provided in this form is true and accurate. I understand that I am breaking the law if I give false or misleading information and can be punished under federal law, state law or both. My benefits may also be denied.

Household Member Signature

Date



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