|  |  |
| --- | --- |
| OFICINA DE MARYLAND  PROGRAMAS DE ENERGÍA PARA EL HOGAR  FORMULARIO DEL HOGAR (Household Worksheet) | https://lh6.googleusercontent.com/paWX0I-GhdwDw-2d7rgYhUhL-lvO_qHrfDKC2nWw295To9BEbYwplTR-CRkcFnHww-o9O89SsdkRFnyvDrVviG2vEwAa8sUCZ8P6h6D0RtuNTi4psVnQspw4eEunDUxPtggtoM_7 |

***Instrucciones: Si nadie en su hogar ha recibido ningún ingreso en los últimos 30 días, el solicitante debe completar y firmar este formulario. Se debe documentar la respuesta a las primeras tres Necesidades Básicas (Vivienda, Alimentos y Servicios Públicos) en la siguiente tabla. Por ejemplo, si se encuentra en Vivienda de la Sección 8 o recibe Cupones para Alimentos, proporcione su carta de alojamiento o Carta de Cupones para Alimentos. Si otra persona ajena a una agencia gubernamental lo está ayudando con estos elementos, debe completar la Declaración del proveedor de recursos.***

Nombre del solicitante: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Número de identificación del cliente: La agencia local proporcionará

Dirección: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ciudad, Estado, Código Postal: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Soy el jefe de familia y mi hogar no ha recibido ningún ingreso desde \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (Fecha).

Nombre / dirección del último empleador: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Teléfono del empleador: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Fecha del último cheque de pago: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

¿Ha solicitado el seguro de desempleo? ☐ Sí ☐No

¿Ha solicitado o recibido asistencia pública en los últimos 30 días? ☐Sí ☐No

Explique cómo se han satisfecho sus necesidades básicas durante los últimos 30 días:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **NECESIDADES BÁSICAS** | **¿CÓMO SE CUMPLEN ESTAS NECESIDADES BÁSICAS?** | **OFICINA CONFIRMACIÓN** |
| 1. Refugio (alquiler / pago de la casa) |  |  |
| 2. Alimentos |  |  |
| 3. Servicios públicos |  |  |
| 4. Transporte |  |  |
| 5. Otros artículos no alimentarios  (ropa, artículos personales, etc.) |  |  |
| Comentarios adicionales:  (Continúe en el reverso del formulario si es necesario) | | |

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

|  |
| --- |
| **OFICINA UTILIZAR:**  **Fecha de recepción: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **Revisado y aprobado: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **Firma del trabajador Fecha** |

OHEP INC HHWS (REV05 / 17)