

DECLARACIÓN JURADA DE SERVICIOS PÚBLICOS DEL PROGRAMA DE ASISTENCIA PARA LA ENERGÍA

Rellene SOLO si sus facturas de servicios públicos están a nombre de alguien que no hace parte del grupo familiar

Nombre del jefe del grupo familiar: _____ Fecha: _____

Dirección: _____ Ciudad/estado/código postal: _____

Servicio público a nombre de una persona ajena al grupo familiar (marque todas las casillas que correspondan):

☐ Electricidad

☐ Calefacción

Nombre y dirección actual de la persona que figura en la(s) factura(s) de servicios públicos:

Nombre: _____

Dirección: _____

Ciudad/estado/código postal: _____

Parentesco de la persona que figura en la(s) factura(s) de servicios arriba indicada(s) con el integrante del grupo familiar (marque una opción):

☐ Cónyuge o pareja

☐ Padre/madre

☐ Hijo(a)

☐ Arrendador

☐ Familiar fallecido

☐ Otro: _____

Explique las barreras para poner el/los servicio(s) anterior(es) a nombre de un integrante actual del grupo familiar:

Declaración de certificación

Por la presente certifico que la persona (o personas) que figura(n) en el servicio público (o servicios públicos) arriba indicada(s) no hace(n) parte de este grupo familiar y no contribuye(n) económicamente a los ingresos globales del mismo. Asimismo, certifico que he recibido el consentimiento del titular de la cuenta arriba mencionado para divulgar o permitir que se divulguen datos e información sobre los servicios públicos a efectos de la determinación de elegibilidad y presentación de informes.

Entiendo que la falsificación de esta información puede resultar en la descalificación de mi grupo familiar para los beneficios del programa de asistencia administrado por la Autoridad de Vivienda y Desarrollo Comunitario de Indiana (Indiana Housing and Community Development Authority, IHCD) o requerir que mi grupo familiar reembolse a la agencia por cualquier beneficio pagado a nombre de este grupo familiar.

Firma del jefe del grupo familiar: _____ Fecha: _____