

Programa de asistencia energética domiciliar de Wisconsin (WHEAP)

Formulario de cero ingresos (ZIF)

Las áreas sombreadas deben ser completadas por la agencia WHEAP

Fecha de vencimiento:	Nombre:
N.º de solicitud:	<input type="checkbox"/> Titular del caso <input type="checkbox"/> Miembro del grupo familiar:

1. Última fecha de empleo: _____ 2. Fecha del último sueldo: _____

3. ¿Trabaja a cambio de dinero en efectivo? Sí* No

*Ejemplo: Arreglar el pelo, prestar servicios de salud/belleza, cuidar niños, mantenimiento de jardines/nieve, ventas en internet, reparación de automóviles, etc. Si respondió Sí a esta pregunta, debe usar el Formulario de reporte de ingresos autogenerados (SGIRF) en lugar del Formulario de cero ingresos (ZIF).

4. ¿Presentó la declaración de la renta el año pasado? Sí* No

*Puede solicitarse declaraciones de la renta de años anteriores para revisarlas

5. Indique todo el dinero efectivo que recibió de familias, amigos o donaciones en el mes anterior. Por favor especifique si el dinero fue recibido como préstamo o regalo/donación y de quién:

Indique el mes anterior		
Identifique el tipo	<input type="checkbox"/> Préstamo	<input type="checkbox"/> Regalo/Donación*
Monto recibido		
De quién		

*Si recibió un regalo o donación, se le podría pedir una verificación de la persona que le hizo el regalo.

6. ¿Alguien le ayudó a pagar sus cuentas durante el mes anterior indicado arriba? Sí* No

Si contesto Sí*, complete la siguiente información de contacto, Nombre completo: _____ Teléfono: _____

7. ¿Ha recibido o está recibiendo actualmente beneficios por desempleo? No

Sí Fecha del último pago _____

8. Por favor indique el gasto mensual y explique cómo se han pagado los gastos en el grupo familiar:

Gasto	Monto del gasto mensual	Explicación
Alimentos		
Vivienda		
Transporte		
Servicios básicos		
Necesidades vitales básicas*		

*Ejemplo: ropa, suministros para mascotas, pañales, productos de limpieza, productos de higiene personal, etc.

Explique cómo pagó sus gastos mensuales del mes anterior: _____

Certifico que la información proporcionada abajo son afirmaciones verdaderas y completas de los hechos. También entiendo que me pueden pedir que proporcione comprobantes de cualquier información dada y que dar información falsa anulará este formulario y podría tener que devolver los beneficios recibidos en base a esa información falsa. Al escribir mi nombre en el campo de firma, indico que soy la persona mencionada y que esta entrada es el equivalente legal de una firma manual/escrita a mano. Además entiendo que puedo imprimir el documento y firmar a mano.

Firma

Fecha

