

Programa de asistencia energética domiciliaria 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"/> Jefe del caso <input type="checkbox"/> Miembro del grupo familiar:

1. Última fecha de empleo: _____
2. ¿Recibió dinero en efectivo a cambio de trabajo en el mes anterior? Sí* No

*Ejemplo: Hacer trenzas de cabello, cuidar niños, mantenimiento de jardín/nieve, reparación de automóvil, etc.
Si respondió **Sí** a esta pregunta, debe usar el Formulario de reporte de ingresos autogenerados (Self-Generated Income Reporting Form, SGIRF) en lugar del Formulario de cero ingresos (Zero Income Form, ZIF).

3. Indique todo el dinero efectivo que recibió de familias, amigos o donaciones en el mes anterior especificado.
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 requiere una declaración verbal o escrita de la persona que le hizo el regalo.

4. ¿Alguien le ayudó a pagar sus cuentas durante el mes anterior indicado arriba? Sí No
Si contesto **Sí***, complete la siguiente información de contacto:
*Si más de una persona lo ayudó, por favor adjunte una hoja de papel adicional.

Nombre: _____

Dirección: _____

Calle	Ciudad	Estado	Código Zip
-------	--------	--------	------------

Número de teléfono: _____ (tipo: hogar celular Trabajo)

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

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

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

Explique cómo ha pagado sus cuentas mensuales en los últimos 30 días. _____

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 entregada 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.

Firma _____ Fecha _____

