DEPARTMENT OF ENERGY CONSERVATION

HOME ENERGY ASSISTANCE
307 MARTIN LUTHER KING DRIVE
JERSEY CITY, NJ 07305

NEW JERSEY DEPARTMENT OF COMMUNITY AFFAIRS
LOW INCOME HOME ENERGY ASSISTANCE &
UNIVERSAL SERVICE FUND PROGRAMS

DECLARACIÓN DE CERO INGRESOS

(Para cada miembro de la familia de 18 años de edad o más que están desempleados; **no los estudiantes a tiempo completo.**)

Cabeza de familia / Nombre del solicitante					
Últimos cuatro dígitos del seguro social Cabeza de familia/solicitante:					
Dirección					
Ciudad		**Estado**		**Código Postal**	
Número telefónico		**Correo electrónico**			

DECLARACIÓN DEL MIEMBRO

Yo,_____ con los ultimo 4 dígitos de seguro social _____

Edad _____ Fecha de nacimiento _____certifico que soy un miembro de la casa indicada que aplicó para beneficios de USF/LIHEAP y en la presente no tienen ningún ingreso de cualquier fuente(s). También certifico que la información indicada es verdadera y exacta al mejor de mi conocimiento y que soy consciente de que puedo ser penalizado o negado beneficios si a sabiendas proveo información falsa.

La última vez que tuve ingresos fue el (fecha) _____por la cantidad de $ _____.

Esto es para certificar que la información anterior es verdadera hasta donde yo sé. Soy consciente de que puedo ser penalizado por hacer declaraciones falsas.

_____ _____

Firma del solicitante de cero ingresos Fecha

* Todos los ingresos de una cabeza de familia quien también es estudiante de tiempo completo deben ser contado

See reverse side for English

Updated 10/01/2025

DEPARTMENT OF ENERGY CONSERVATION

HOME ENERGY ASSISTANCE
307 MARTIN LUTHER KING DRIVE
JERSEY CITY, NJ 07305

NEW JERSEY DEPARTMENT OF COMMUNITY AFFAIRS
LOW INCOME HOME ENERGY ASSISTANCE &
UNIVERSAL SERVICE FUND PROGRAMS

ZERO INCOME STATEMENT

(For each individual household member(s) age 18 or over who are unemployed; **not full time students.**)

Head of Household/Applicant's Name					
Last four digits Head of Household/Applicant's SSN					
Address					
City		**State**		**Zip Code**	
Telephone		**Email**			

MEMBER STATEMENT

I, _____ with last 4 of SS# _____ Age _____

Date of Birth _____ certify that I am a member of the above Household which applied for USF/LIHEAP benefits, and at the present time do not have any income from any source(s). I also certify that the above information is true to the best of my knowledge and that I am aware that I may be penalized or denied benefits if I knowingly provide false information.

The last time I had income was on (Date) _____ in the amount of $_____.

This is to certify that the above information is true to the best of my knowledge. I am aware that I may be penalized for making false statements.

_____ _____

Zero Income Claimant Signature Date

*All income for a head of household who is also a full-time student is to be counted

Updated 10/01/2025

Vea el aviso para español