



DEPARTMENT OF ENERGY CONSERVATION

HOME ENERGY ASSISTANCE

346 CENTRAL AVENUE
JERSEY CITY, NJ 07307

See reverse side for English

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.

Zero Income Claimant Signature

Date

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



DEPARTMENT OF ENERGY CONSERVATION

HOME ENERGY ASSISTANCE

346 CENTRAL AVENUE
JERSEY CITY, NJ 07307

Vea al dorso para español

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.

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

Updated 12/17/219

1-844-PACO-HEA