

# 60% DE LAS PAUTAS ESTATALES DE INGRESO MEDIO

## AYUDA PARA SERVICIOS PUBLICOS (Tabla de calificación de ingresos)

Para calificar para recibir ayuda, los ingresos mensuales del hogar según el tamaño de su familia deben ser iguales o menores que el monto indicado en la tabla.

| Tamaño de la familia                 | Anual       | Mensual    |
|--------------------------------------|-------------|------------|
| 1                                    | \$28,141.00 | \$2,345.08 |
| 2                                    | \$36,800.00 | \$3,066.67 |
| 3                                    | \$45,459.00 | \$3,788.25 |
| 4                                    | \$54,118.00 | \$4,509.83 |
| 5                                    | \$62,776.00 | \$5,231.33 |
| 6                                    | \$71,435.00 | \$5,952.92 |
| 7                                    | \$80,094.00 | \$6,674.50 |
| 8                                    | \$88,753.00 | \$7,396.08 |
| * Por cada persona adicional, sumar: | \$8,659.00  | \$721.58   |



**AGENCIA DE SERVICIOS COMUNITARIOS DEL CONDADO DE SHELBY**  
**PROGRAMA DE ASISTENCIA PARA LA ENERGIA DE HOGARES DE BAJOS INGRESOS**  
**(LIHEAP)**

**DOCUMENTACION REQUERIDA**

---

TARJETAS DEL SEGURO SOCIAL DE CADA MIEMBRO DEL HOGAR  
CERTIFICADOS DE NACIMIENTO DE LOS NIÑOS DE 5 AÑOS O MENORES IDENTIFICACION  
VALIDA EMITIDA POR EL GOBIERNO  
CONSTANCIA DE INGRESOS DEL HOGAR DURANTE LOS ULTIMOS 30 DIAS DE TODOS LOS **MIEMBROS MAYORES DE 18 AÑOS**  
CONSTANCIA DE CONDICION DE VETERANO  
COPIA DE LA FACTURA ELECTRICA MAS RECIENTE O RECIBO DE UNA FUENTE DE COMBUSTIBLE  
FORMULARIO DE DECLARACION DE PERMISO PARA SOLICITUD (SI *LOS SERVICIOS PUBLICOS NO ESTAN A NOMBRE DEL SOLICITANTE*)  
VERIFICACION DE INGRESOS DEL LIHEAP

**DOCUMENTACION DE INGRESOS REQUERIDA**

---

**SEGURO SOCIAL, SEGURIDAD DE INGRESO SUPLEMENTARIO (SSI), DISCAPACIDAD Y BENEFICIOS DEL DEPARTAMENTO DE ASUNTOS DE LOS VETERANOS (VA)**

CARTA DE CONCESION ACTUAL  
DOCUMENTO IMPRESO ACTUAL DE LA OFICINA DE ADMINISTRACION DEL SEGURO SOCIAL

**INGRESOS PROVENIENTES DE ASISTENCIA TEMPORAL PARA FAMILIAS NECESITADAS (TANF) O AYUDA PARA LAS FAMILIAS CON HIJOS DEPENDIENTES (AFDC)**

DOCUMENTO IMPRESO DE DISPOSICION ACTUAL DEL DEPARTAMENTO DE SERVICIOS HUMANOS  
CARTA ACTUAL DE DECLARACION DE ELEGIBILIDAD RECIBIDA POR CORREO. LA CARTA DEBE INCLUIR EL MONTO DEL BENEFICIO.

**MANUTENCION INFANTIL**

DOCUMENTO IMPRESO ACTUAL DEL TRIBUNAL PARA MENORES INDICANDO EL **MONTO BRUTO OBTENIDO** MENSUAL  
MANUTENCION INFANTIL ACTUAL FUERA DEL ESTADO - DOCUMENTO LEGAL DEL TRIBUNAL CON EL SELLO DEL ESTADO

**BENEFICIOS POR DESEMPLEO**

DOCUMENTO IMPRESO ACTUAL DEL ESTADO DE TENNESSEE (RESUMEN DE RECLAMO) INCLUYENDO LOS ESTADOS AFUERA DE TENNESSEE

**EMPLEO**

TALONES DE CHEQUES DEL EMPLEADOR - **EN ORDEN SEGUN SU FECHA DE RECEPCION**  
▶ **ULTIMOS 30 DIAS DE PAGO**  
CARTA ACTUAL CONFIRMANDO SALARIOS BRUTOS (TASA DE PAGO, HORAS TRABAJADAS POR SEMANA, FECHA DE PAGO)  
▶ DEBE ESTAR FIRMADO Y FECHADO  
▶ DEBE ESTAR EN PAPEL DE 8 ½ X 11 PULGADAS CON EL MEMBRETE DE LA COMPAÑIA

**CARENCIA DE INGRESOS**

AUTODECLARACION COMPLETA DE CARENCIA DE INGRESOS DE TODOS LOS MIEMBROS DE 18 AÑOS DE EDAD O MAS (PROPORCIONADA A SOLICITUD)

**EMPLEO POR CUENTA PROPIA**

DECLARACION DE IMPUESTOS DEL AÑO ACTUAL O ANTERIOR  
FORMULARIO DE EMPLEO POR CUENTA PROPIA (PROPORCIONADO EN SOLICITUD)

**EMPLEADO DE ESCUELA DEL CONDADO DE SHELBY**

DECLARACION INDICANDO EL MONTO BRUTO, LA FECHA DE CONTRATACION, LAS HORAS TRABAJADAS POR SEMANA, LA TASA DE PAGO Y SI ES UN EMPLEO DE 9,10 12 MESES O EL TALON DEL CHEQUE DE PAGO ACTUAL DE LOS ULTIMOS 30 DIAS.



Servicios Comunitarios del Condado de Shelby

1188 Minna Place Memphis TN 38104

**SOLICITUD DEL PROGRAMA DE ASISTENCIA ENERGÉTICA PARA HOGARES DE BAJOS INGRESOS (LIHEAP)**

\*La solicitud no está completa sin la firma del solicitante en la página 2.

Date Application Received:

Asistencia que está solicitando: (Marque uno)

Asistencia de energía

Asistencia en caso de crisis

Ha recibido asistencia bajo el programa LIHEAP desde el 1 de octubre de 2023 a través de alguna agencia de TN LIHEAP? Si  No  En caso que sea así, nombre agencia \_\_\_\_\_

Nombre del solicitante (Primer nombre y apellido) \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Cellular: \_\_\_\_\_ Permiso para textos Si No

Dirección actual: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_

Correo electrónico \_\_\_\_\_ Condado: \_\_\_\_\_ SHELBY

Dirección postal (si es diferente de la dirección actual): \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estados: \_\_\_\_\_ Condigo Postal: \_\_\_\_\_

**LISTA DE TODOS LOS MIEMBROS DEL HOGAR INCLUYENDO AL SOLICITANTE. UTILICE PAPEL ADICIONAL SI NECESITA MAS ESPACIO**

| NOMBRE<br>(Debe indicar nombre y apellido) | Estado Civil | Relación Con El Solicitante | NUMERO DE SEGURO SOCIAL | FECHA DE NACIMIENTO | Edad | Sexo | Raza (optional Indicar) | GRADO DE ESCUELA TERMINADO MAS ALTO | Veterano militar | Asistencia por discapacidad | SEGURO MEDICO | Ingresos | RECIBE CUPONES DE ALIMENTOS, INGRESO DE SEGURIDAD SUPLEMENTARIO, EFFECTIVO FAMILIAS PRIMERO (INDICAR LAS QUE RECIBE) |
|--|--------------|-----------------------------|-------------------------|---------------------|------|------|-------------------------|-------------------------------------|------------------|-----------------------------|---------------|----------|--|
|  |              | Solicitante                 |                         |                     |      |      |                         |                                     |                  |                             |               |          |  |
|  |              |                             |                         |                     |      |      |                         |                                     |                  |                             |               |          |  |
|  |              |                             |                         |                     |      |      |                         |                                     |                  |                             |               |          |  |
|  |              |                             |                         |                     |      |      |                         |                                     |                  |                             |               |          |  |
|  |              |                             |                         |                     |      |      |                         |                                     |                  |                             |               |          |  |
|  |              |                             |                         |                     |      |      |                         |                                     |                  |                             |               |          |  |
|  |              |                             |                         |                     |      |      |                         |                                     |                  |                             |               |          |  |
|  |              |                             |                         |                     |      |      |                         |                                     |                  |                             |               |          |  |
|  |              |                             |                         |                     |      |      |                         |                                     |                  |                             |               |          |  |

TIPO DE FAMILIA (marque uno)

Individuo soltero

Mujer monoparental

Varón monoparental

Adulto con niños

Adulto sin hijos

otro

**DECLARACION DE DISCAPACIDAD (Utilice papel adicional si necesita más espacio)**

NOMBRE DEL MIEMBRO DEL HOGAR E INDIOUE DISCAPACIDAD PERMANENTE: \_\_\_\_\_

¿EL MIEMBRO DEL HOGAR TIENE UNA DECLARACION MEDICA FIRMADA QUE REQUIERA EQUIPO DE SOPORTE VITAL? SI NO

NOMBRE DEL MIEMBRO DEL HOGAR E INDIOUE DISCAPACIDAD PERMANENTE: \_\_\_\_\_

¿EL MIEMBRO DEL HOGAR TIENE UNA DECLARACION MEDICA FIRMADA QUE REQUIERA EQUIPO DE SOPORTE VITAL? SI NO

NOMBRE DEL MIEMBRO DEL HOGAR E INDIOUE DISCAPACIDAD PERMANENTE: \_\_\_\_\_

¿EL MIEMBRO DEL HOGAR TIENE UNA DECLARACION MEDICA FIRMADA QUE REQUIERA EQUIPO DE SOPORTE VITAL? SI NO

**NOTA : LA ASISTENCIA SERA RECHAZADA DEBIDO A LA NEGATIVA DEL SOLICITANTE DE PROPORCIONAR LOS NUMEROS DE SEGURO SOCIAL Y LA VERIFICACION DE TODOS LOS MIEMBROS DEL HOGAR**

**INGRESO TOTAL DEL HOGAR** Enumere la información de ingresos del solicitante y de todos los miembros del hogar. Utilice papel adicional si necesita más espacio. Los salarios solo se enlistan ara los miembros del hogar de 18 años o más.

| NOMBRE | FUENTE DE INGRESO | INGRESO BRUTO MENSUAL | SI ES EMPLEADO, PROPORCIONE EL NOMBRE Y LA DIRECCION DEL EMPLEADOR |
|--------|-------------------|-----------------------|--|
|        |                   |                       |  |
|        |                   |                       |  |
|        |                   |                       |  |
|        |                   |                       |  |
|        |                   |                       |  |
|        |                   |                       |  |

DEBE ADJUNTAR LA DOCUMENTACIÓN DE INGRESOS PARA CADA PERSONA DEL HOGAR DE 18 AÑOS O MAS.

VIVIENDA (Marque uno por favor)  PROPIO  ALQUILER  SECCION 8  AUTORIDAD DE VIVIENDA PUBLICA Si los servicios públicos están en Vivienda Pública o en el nombre de la Sección 8, ¿Cantidad de servicios públicos "excedente"? \$ \_\_\_\_\_

COMPañÍA DE SERVICIOS PÚBLICOS PARA RECIBIR EL PAGO: (SU PRIMERA OPCIÓN):

Nombre de la empresa de servicios públicos: \_\_\_\_\_

Número de cuenta: \_\_\_\_\_

Certifico que la cuenta esta a nombre de \_\_\_\_\_ es para el uso de mi hogar y soy responsable de sus pagos.

COMPañÍA DE SERVICIOS PÚBLICOS PARA RECIBIR EL PAGO: (SEGUNDA OPCÓN):

Nombre de la empresa de servicios públicos \_\_\_\_\_

Número de cuenta: \_\_\_\_\_

Certifico que la cuenta esta a nombre de \_\_\_\_\_ es para el uso de mi hogar y soy responsable de sus pagos.

**\*\*\* POR FAVOR ADJUNTE DOCUMENTACIÓN DE USO DE ENERGÍA ANUAL\*\*\***

¿Alguna vez su hogar a sido atendido bajo nuestro programa de Asistencia de climatización? Si  No



¿Está interesado en obtener más información sobre el Programa de Climatización? Si  No

**¿ESTÁ SOLICITANDO ASISTENCIA DE "CRISIS"?**  
 A ver si cumples los requisitos  
 ¿Tiene un aviso de desconexión de servicios públicos o está atrasado? S o N  
 ¿Tiene menos de \$25 en una cuenta de servicios públicos prepagada? S o N  
 Si responde a cualquiera de las preguntas, asegúrese de adjuntar documentación.  
 Además, debe cumplir con uno de los siguientes criterios:  
 ¿Tiene un miembro del hogar de 60 años o más, o menor de 6 años?  
 ¿Tiene un miembro del hogar con una discapacidad?  
 ¿Tiene un miembro del hogar que es veterano o militar activo?  
 ¿Su hogar está experimentando una circunstancia incontrolable que califica?  
 Póngase en contacto con su agencia local para discutirlo.

**Certificacion del solicitante:**

CERTIFICO QUE TODA LA INFORMACIÓN PROPORCIONADA POR MÍ ES CIERTA Y CORRECTA. DOY FE BAJO PENA DE PERJURIO QUE EL SOLICITANTE ES UN CIUDADANO DE LOS ESTADOS UNIDOS O UN EXTRANJERO CALIFICADO SEGÚN LO DEFINE USC § 1641(b). ENTIENDO QUE CUALQUIER PERSONA QUE ENCUBRA FRAUDULENTAMENTE UN HECHO IMPORTANTE O QUE A CONOCIMIENTO BRINDE INFORMACIÓN FALSA PARA RECIBIR ASISTENCIA DE LIHEAP SERÁ RESPONSABLE DE UNA MULTA DE \$10,000 O ENCARCELAMIENTO POR NO MÁS DE CINCO AÑOS. O AMBOS. AUTORIZO LA VERIFICACIÓN DE CUALQUIER Y TODA LA INFORMACIÓN PROPORCIONADA EN NOMBRE DEL PROGRAMA DOCUMENTO PARA DETERMINAR MI ELEGIBILIDAD, Y RECONOZCO QUE HE SIDO INFORMADO DEL PROCESO DE APELACIÓN BAJO LAS DISPOSICIONES DE ASISTENCIA DEL PROGRAMA DE ENERGIA DE HOGARES DE BAJO INGRESO. ENTIENDO QUE SERÁ NOTIFICADO POR ESCRITO DE MI ESTADO DE ELEGIBILIDAD. INFORMACIÓN DE IDENTIFICACIÓN PROPORCIONADA POR USTED PARA LA DETERMINACIÓN DE SU ELEGIBILIDAD PARA LIHEAP Y PARA LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DEL PROGRAMA SE CONSIDERARÁ CONFIDENCIAL, A MENOS QUE LA LEY LO AUTORIZE O LO REQUIERA DE OTRO MODO, NO SE COMPARTIRÁ CON NINGUNA OTRA PERSONA O AGENCIA, EXCEPTO PARA FINES DIRECTAMENTE RELACIONADOS CON LA ADMINISTRACIÓN DEL PROGRAMA (LIHEAP). SOY EL CLIENTE DEL REGISTRO, EL AGENTE AUTORIZADO DEL CLIENTE O UN TERCERO AUTORIZADO PARA LA CUENTA DE SERVICIOS PÚBLICOS IDENTIFICADA EN ESTA SOLICITUD, Y AUTORIZO A MI PROVEEDOR DE SERVICIOS PÚBLICOS A DIVULGAR DATOS DEL CLIENTE SOLICITADOS POR LA AGENCIA ADMINISTRADORA DE LIHEAP.

YO ACEPTO  O NO  ACEPTO QUE LA INFORMACIÓN CONTEMPLADA EN MI SOLICITUD SE PUEDE COMPARTIR CON OTRAS AGENCIAS DE LAS CUALES BUSCO SERVICIOS ADICIONALES.  
 FIRMA DEL SOLICITANTE: \_\_\_\_\_ FECHA: \_\_\_\_\_

 Ninguna persona en base a raza, color, origen nacional, sexo, edad, discapacidad, ancestros, condición de veterano o alguna otra característica, protegido por la ley federal, estatal o local será excluido en la participación en, o ser negado en beneficio de, o ser objeto de otra manera de discriminación en la operación del programa LIHEAP. 

**Solo para ser completado únicamente por el personal de la agencia:**

SIGNATURE OF DETERMINING AGENCY OFFICIAL: \_\_\_\_\_

DATE CERTIFIED: \_\_\_\_\_

## HOJA DE MIEMBRO ADICIONAL DEL HOGAR

| Nombre | Relacion con el solicitante | Seguro Social | Fecha de Nacimiento | Edad | Sexo M/F | Grado Completado | Raza | Seguro de Salud | Recibe Ingresos |
|--------|-----------------------------|---------------|---------------------|------|----------|------------------|------|-----------------|-----------------|
|        |                             |               |                     |      |          |                  |      |                 |                 |
|        |                             |               |                     |      |          |                  |      |                 |                 |
|        |                             |               |                     |      |          |                  |      |                 |                 |
|        |                             |               |                     |      |          |                  |      |                 |                 |
|        |                             |               |                     |      |          |                  |      |                 |                 |
|        |                             |               |                     |      |          |                  |      |                 |                 |
|        |                             |               |                     |      |          |                  |      |                 |                 |
|        |                             |               |                     |      |          |                  |      |                 |                 |

Nombre de la persona incapacitada: \_\_\_\_\_

- ENFERMEDAD MENTAL   
  APRENDIZAJE   
  COGNITIVA   
  VISUAL   
  AUDICION   
  RESPIRACION  
 ORTOPEDICA   
  DEL HABLA   
  SORDO   
  OTRO



Servicios Comunitarios del Condado de Shelby

1188 Minna Place Memphis TN 38104

# AGENCIA DE SERVICIOS COMUNITARIOS DEL CONDADO DE SHELBY

PROGRAMA DE ASISTENCIA PARA LA ENERGIA DE HOGARES DE BAJOS INGRESOS (LIHEAP)

## RECONOCIMIENTO DEL TITULO VI

Garantiza la "no discriminación en programas de asistencia federal"

**"NINGUNA PERSONA EN LOS ESTADOS UNIDOS SERA EXCLUIDA DE PARTICIPAR, NI SE LE NEGARAN BENEFICIOS O SE LE SOMETERA A DISCRIMINACION, CON BASE EN SU RAZA, COLOR U ORIGEN, EN CUALQUIER PROGRAMA O ACTIVIDAD QUE RECIBA ASISTENCIA FINANCIERA FEDERAL"**

**Las practicas prohibidas incluyen, pero no se limitan a:**

- Negar a una persona cualquier servicio, ayuda financiera u otros beneficios debido a su raza, color o nacionalidad de origen.
- Proporcionar servicios o beneficios diferentes o brindar los mismos de una manera distinta.
- Requerir estándares o condiciones diferentes como prerrequisitos para atender a las personas.
- Ubicar instalaciones de manera que se limite o impida el acceso a servicios o beneficios que utilicen fondos federales.
- No hacer asignaciones para dificultades idiomáticas o educativas.

Cualquier persona u organización que crea que ha sido víctima de discriminación con base en raza, color o nacionalidad de origen puede presentar una queja ante la agencia en cuestión o ante el Coordinador del Título VI del Condado de Shelby.

## AUTORIZACION DE INFORMACION

Confirmando que, por medio del presente documento, doy permiso a la Agencia de Servicios Comunitarios del Condado de Shelby para compartir y/u obtener cualquier información necesaria para certificarme para el **Programa de Asistencia para la Energía de Hogares de Bajos ingresos**. Entiendo que esta información solo se compartirá, obtendrá o verificará profesionalmente mientras se protegen mis derechos de confidencialidad. Por medio de la presente, también doy permiso a la Agencia de Servicios Comunitarios del Condado de Shelby para que obtenga recursos adicionales en mi nombre, si es necesario y apropiado. Sin embargo, solicito que no se contacte con

Los clientes que solicitan asistencia a través de los programas ofrecidos por la Agencia de Servicios Comunitarios

## PROCEDIMIENTO DE RECLAMO

del Condado de Shelby tienen derecho a apelar cualquier decisión hecha en su nombre, excepto cuando los fondos se hayan agotado.

Los clientes tienen el derecho de apelar y solicitar una audiencia justa. El cliente debe ponerse en contacto con la Agencia de Servicios Comunitarios del Condado de Shelby para obtener el formulario de queja apropiado. Después de que se haya tomado una decisión, el formulario de queja debe ser llenado por triplicado y completado dentro de (30) días. El cliente, la Agencia y el Estado conservarán una copia del formulario de queja.

X \_\_\_\_\_  
Firma

X \_\_\_\_\_  
Fecha



Servicios Comunitarios del Condado de Shelby  
1188 Minna Place Memphis TN 38104

**AGENCIA DE SERVICIOS COMUNITARIOS DEL CONDADO DE SHELBY**

**DECLARACION DE PERMISO PARA PRESENTAR UNA SOLICITUD**

Por favor, llene este formulario si los servicios públicos del solicitante están a nombre de alguien más.

**Si la persona cuyo nombre aparece en la factura de servicios aún vive, por favor, solicítele que llene la siguiente parte en su totalidad.**

Yo, \_\_\_\_\_, por medio del presente le doy a \_\_\_\_\_  
(Nombre de la persona en la factura) (Nombre del solicitante)

permiso para solicitar Asistencia para servicios públicos en la dirección siguiente:

\_\_\_\_\_  
(Nombre de calle) (Ciudad/estado) (Código postal)

Yo, \_\_\_\_\_, no vivo en el mismo hogar que \_\_\_\_\_  
(Nombre de la persona en la factura) (Nombre del Solicitante)

Mi dirección actual es:

\_\_\_\_\_  
(Nombre de calle) (Ciudad/estado) (Código postal)

\_\_\_\_\_  
(Firma) (Fecha) (Número de contacto)

**Si la persona cuyo nombre aparece en la factura de Servicios ha fallecido: el Solicitante debe llenar la siguiente parte, adjuntar constancia de residencia y constancia de defunción.**

Yo, \_\_\_\_\_, por medio del presente declaro que \_\_\_\_\_  
(Nombre del solicitante) (Nombre de la persona en la factura)

ha fallecido y que yo soy financieramente responsable por los Servicios públicos en la dirección siguiente:

\_\_\_\_\_  
(Nombre de calle) (Ciudad/estado) (Código postal)

\_\_\_\_\_  
(Firma)

\_\_\_\_\_  
(Fecha)





Agencia de Desarrollo de Vivienda de Tennessee

# Autodeclaración de Cero Ingresos

(Debe ser llenado por el solicitante)

Propósito: Solo después de que se hayan agotado todas las vías para documentar los cero ingresos, una autodeclaración firmada de Cero Ingreso es permitido ser usada. El solicitante tiene que llenar completamente este formulario y firmarlo, enlistando todos los miembros del hogar declarando ningún (ingreso cero) en los 30 últimos días.

Nombre del Solicitante: \_\_\_\_\_

Dirección Principal: \_\_\_\_\_

Certifico que los miembros enlistados en este formulario no han recibido ningún ingreso de los siguientes recursos en los últimos 30 días:

- Sueldos, salarios, propinas antes de cualquier deducción.
- Ingresos netos del trabajo por cuenta propia no agrícola o agrícola (recibos de negocios propios o de propiedad rentada o granja propia después de deducciones del negocio o gastos agrícolas).
- Pagos regulares del Seguro Social, TANF, jubilación ferroviaria, compensación de desempleo, beneficios de las huelgas de fondos de Sindicatos, compensación de trabajadores, pagos de Veteranos, gastos de entrenamiento, pensión alimenticia, manutención de los hijos, asistencia de adopción, gastos de familia militar, apoyo de miembros no presentes o persona que no vive en el hogar.
- Pensión privada, pensiones de empleados del gobierno, (incluyendo pago de jubilación militar), Seguro o pagos anuales.
- Neto Universitario, o becas universitarias, subvenciones, asistencias.
- Dividendos y/o intereses.
- Ingreso de alquiler y regalías netos.
- Recibos periódicos de herencias o fideicomisos.
- Loterías netas o ganancias de loterías.
- Beneficios de Pulmón Negro/Minería serán considerados como ingreso excepto por los primeros \$20 del beneficio mensual.
- 

Nota: Por favor enliste todos los miembros del hogar de Dieciocho (18) años o mayor que auto declara cero ingresos.

Nombre: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_

Certifico que la información superior es correcta. Falsificación y/o retención de información de ingresos es una ofensa federal y puedo ser culpado de una multa de \$10,000 o puesto en prisión por cinco años o menos o ambos debajo de la ley del estado de Tennessee.

Firma del Solicitante: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_