



Aplicación para SHARE (Programa de Asistencia) de Brownsville Public Utilities Board

Mas detalles en <https://www.brownsville-pub.com>

Estoy aplicando en relación a los siguientes requisitos Bajos Ingresos

Fue beneficiario de un programa de BPUB en los últimos 12 meses? Si No En caso de "Si" cual? SHARE ELIAP

Información del Cliente

No. de Cuenta _____

Nombre Completo (Apellido, Nombre[s]) _____ ID # _____

Fecha de Nac. (mm/dd/aaaa) _____ Edad _____

Domicilio (Servicios de BPUB) _____
Calle _____ Numero _____ Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

E-mail _____ Teléfono de Casa: _____ Celular _____

Lista de Miembros de Familia Adicionales que Habitan en Domicilio

Nombre	Fecha de Nacimiento	Parentesco
1 _____	_____	_____
2 _____	_____	_____
3 _____	_____	_____
4 _____	_____	_____
5 _____	_____	_____
6 _____	_____	_____

Total de habitantes en el domicilio: _____ Utilice hojas adicionales si hay mas de 6 miembros habitando el domicilio

Ingresos y Beneficios (Seleccione las opciones aplicables. Se requiere comprobante de ingresos, desempleo o subempleo)

- Sin ingresos Pensión Asistencia Nutricional Medicare/Medicaid
- Empleado* VA Beneficios Asistencia General Servicio Privado de Salud
- Beneficios por Desempleo Seguro Social Ingreso de Suplementario de Seguridad (SSI)
- Otra fuente de ingresos Manutención de Niños Asistencia Temporal para Familias con Necesidad (TANF)

*Si empleado, proporcione nombre del empleador _____ Teléfono de oficina _____

Certificación

Mi firma en esta solicitud faculta a BPUB o sus agentes autorizados para verificar cualquier información que he proporcionado sobre dónde vivo, mis trabajos, ingresos, recursos, revisar el consumo de servicios públicos, el costo y la información de facturación para la evaluación del programa, operación y/o fines informativos. Mi firma también confirma mi comprensión de que cualquier número de Seguro Social proporcionado puede usarse en la administración de este programa, incluida la verificación de coincidencias cruzadas con cuentas de BPUB. Asimismo, que puedo calificar, pero no recibir asistencia porque los fondos del programa se han agotado o El programa ha sido cancelado.

Certifico que, sujeto a las sanciones previstas por la ley, la información que proporcioné es verdadera, correcta y completa a mi veraz saber y entender.

Firma del Apicante

Fecha

Firma del Agente Evaluador

Fecha



**DECLARATION OF INCOME STATEMENT (DIS)
(DECLARACION DE INGRESOS)**

Applicant Name (Nombre del Solicitante)	Applicant Last Name (Apellido)	Suffix (Sufijo)
Address (Direccion)	City (Ciudad)	Zip Code (Codigo Postal)

State the gross income for household members, 18 years and older, who have no documentation of the income received in the **30-day period** prior to the date of application for assistance: *(Declare el ingreso recibido por los miembros de su hogar, que tienen 18 años de edad o mas, y que no cuentan con documentacion de ingresos por los 30 días previos a la solicitud de asistencia.)*

Name (Nombre)	Gross Income Received (Ingreso Bruto Recibido)
Name (Nombre)	Gross Income Received (Ingreso Bruto Recibido)
Name (Nombre)	Gross Income Received (Ingreso Bruto Recibido)
Name (Nombre)	Gross Income Received (Ingreso Bruto Recibido)

My household has no documented proof of income due to the following situation *(Mi hogar no tiene prueba para documentar los ingresos por medio de las siguientes razones):*

I certify that the above information is true and correct to the best of my knowledge and belief. *(Yo certifico que la informacion proporcionada de los ingresos es verdadera y correcta segun mi saber y creencia.)*

I understand that the information will be verified to the extent possible; and that I may be subject to prosecution for providing false or fraudulent information. *(Comprendo que la informacion sera verificada hasta donde sea posible y que puedo ser enjuiciado por haber proporcionado informacion falsa o fraudulenta.)*

(Applicant Signature/Firma de Solicitante)

(Date/Fecha)