

# **LORAIN COUNTY DEPT. OF JOB & FAMILY SERVICES**

42485 NORTH RIDGE ROAD - ELYRIA OH 44035-1057  
(844) 640-6446 FAX: (440) 323-3422

IM450-SP (4/2021)

## **Declaración de Cero Ingresos**

Nombre del caso:	Número de caso:
Trabajador social / supervisor:	Fecha:

Yo, \_\_\_\_\_ actualmente no tengo ingresos ganados o no ganados.  
(nombre en letra de imprenta)

No he recibido ingresos de ninguna de las siguientes fuentes:

- *Salarios del empleo (incluidas propinas, comisiones, bonificaciones, tarifas, etc.)*
- *Ingresos por operación de una empresa*
- *ngresos por alquiler de bienes inmuebles o muebles*
- *Interés en dividendos de activos*
- *Pagos de seguridad social, anualidades, pólizas de seguro, fondos de jubilación, pensiones o beneficios por fallecimiento*
- *Beneficios por desempleo o discapacidad*
- *Pagos de asistencia pública*
- *Ventas de recursos de autoempleo (Avon, Mary Kay, Shaklee, etc.)*
- *Cualquier otra fuente no mencionada anteriormente*

Mi último ingreso fue de \_\_\_\_\_ y ese ingreso terminó el \_\_\_\_\_.  
(Fuente de ingresos) (fecha)

*Bajo pena de perjurio, certifico que la información presentada en este documento es verdadera y precisa a mi entendimiento. El firmante además comprende que proporcionando declaraciones falsas en este documento constituye un acto de fraude. La información falsa, engañosa o incompleta puede resultar en la terminación de los beneficios.*

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

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Número de Teléfono: \_\_\_\_\_