

**ARIZONA DEPARTMENT OF
ECONOMIC SECURITY**

**Administración de Servicios de Apelación
Teléfono: 602-514-4600 • Fax: 602-527-7055**

1990 W Camelback Rd Suite 200

• Phoenix, AZ 85015

Correo electrónico:

oig.era.appeals@azdes.gov

**SOLICITUD DE APELACIÓN
ESTADO DE ARIZONA – ERAP,
por sus siglas en inglés
(Programa de Asistencia de
Emergencia para el Alquiler)**

INFORMACIÓN DEL APELANTE

Nombre del apelante (*Apellido, Nombre, S.I.*):

Número del Seguro Social del apelante:

Es usted el: inquilino propietario

**Dirección de la propiedad en alquiler (*Núm.,
calle*):** _____

Ciudad: _____

Estado: _____ **Código postal:** _____

**Vea la página 5 para leer la
declaración de EOE/ADA**

INFORMACIÓN DEL PROPIETARIO

Nombre del propietario (*Apellido, Nombre, S.I.*): _____

Dirección (*Núm., calle*):

Ciudad: _____

Estado: _____ **Código postal:** _____

Número de teléfono: hogar _____
móvil _____

INFORMACIÓN SOBRE EL ARRENDAMIENTO

Nombre del arrendatario principal (*Apellido, Nombre, S.I.*): _____

Número de teléfono: hogar _____
móvil _____

Dirección postal si es diferente del alquiler (*Núm., calle*): _____

Ciudad: _____

Estado: _____ **Código postal:** _____

Número de personas en el contrato de arrendamiento, incluyendo el arrendatario:

**Nombres de los inquilinos adicionales
(Nombre, Apellido):**

- 1. _____
- 2. _____
- 3. _____
- 4. _____
- 5. _____
- 6. _____

¿Alguien recibe cualquier otra asistencia para la renta? Sí No

En caso afirmativo, ¿qué programa(s)?

¿Ha sido afectado por COVID alguien en el hogar? Sí No

¿Hay algún miembro del hogar que recibe beneficios por desempleo? Sí No

¿Necesita un intérprete? Sí No

¿Cuál idioma? _____

**¿Necesita ayuda debido a una discapacidad?
 Sí No**

Explique:

Representación: Llene esta sección si desea que otra persona lo/la represente para la audiencia.

Nombre del representante:

Dirección (Núm., calle):

Ciudad: _____

Estado: _____ **Código postal:** _____

Número de teléfono: _____

¿Necesita esta persona un intérprete?

Sí No

¿Cuál idioma? _____

¿Necesita esta persona ayuda debido a una discapacidad? Sí No

Explique:

¿Qué aviso está apelando?

Fecha: _____

ID de la solicitud: _____

Fecha de la solicitud: _____

Díganos el motivo de su apelación:

Firma del apelante o de su representante:

Fecha: _____

**Nombre de la persona que llenó esta
solicitud de apelación:**

Programa y Empleador con Igualdad de Oportunidades • Servicios y ayudantes auxiliares para personas con discapacidades están disponibles a petición • Servicios de TTY/TDD: 7-1-1 • Available in English online or at the local office