

**SOLICITUD SÓLO PARA LOS SERVICIOS PÚBLICOS****INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE**

Nombre\*: \_\_\_\_\_ Segundo nombre: \_\_\_\_\_ Apellido\*: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento\*: \_\_\_\_\_ Número de Seguro Social (Opcional): \_\_\_\_\_

Dirección línea 1\*: \_\_\_\_\_

Dirección línea 2: \_\_\_\_\_

Ciudad\*: \_\_\_\_\_ Estado\*: \_\_\_\_\_ Código postal\*: \_\_\_\_\_ Condado\*: \_\_\_\_\_

Método de contacto preferido\*:    Teléfono    Correo electrónico

Número de teléfono\*: \_\_\_\_\_ Correo electrónico\*: \_\_\_\_\_

Idioma preferido\*: \_\_\_\_\_

**ANTECEDENTES E INGRESOS DEL SOLICITANTE**

¿Cuál es su raza?\*

Indígena Americano	Nativo de Alaska	Asiática	Negra o Afroamericano
Hawaiano o de otra isla del Pacífico		Blanca	

¿Cuál es su origen étnico?\*

Hispano o latino	No hispano o latino	Elijo no responder
------------------	---------------------	--------------------

¿Con cuál género se identifica usted?\* \_\_\_\_\_

¿Cuántas personas viven en su hogar (incluyendo niños)?\* \_\_\_\_\_

¿Cual es el ingreso anual de su hogar?\* \_\_\_\_\_

¿Alguien en su hogar ha estado desempleado durante 90 días o más?\*    Sí    No

**DETALLES DE LA RESIDENCIA***Para estas preguntas, su hogar lo incluye a usted y a todos los adultos que viven con usted.*

¿Alquila usted su residencia?\*    Sí    No

¿Alguien en su hogar ha sido afectado por COVID-19?\*    Sí    No

¿Hay alguien en su hogar que corra el riesgo de quedarse sin hogar o de tener una vivienda inestable? (Por ejemplo, ¿debe un alquiler atrasado o tiene una factura de servicios públicos atrasada? O vive en condiciones inseguras o no saludables?)\*    Sí    No

A mi leal saber y entender, no he solicitado ni recibido ayuda de otro programa de asistencia de servicios públicos para los los mismos gastos solicitados en esta solicitud.\*    Sí

## SERVICIOS PÚBLICOS

¿Está atrasado/a en los pagos de los servicios públicos de algún mes?\*    Sí    No

*Los retrasos en el pago de los servicios públicos pueden incluir impuestos y cargos por pagos atrasados.*

Servicio público	Nombre del proveedor	Número de cuenta	Mes y Año	Monto Total

¿Desea solicitar asistencia para los pagos futuros de los servicios públicos?\*    Sí    No

Servicio público	Nombre del proveedor	Número de cuenta	Monto aproximado de la factura

## DOCUMENTOS

*Incluya los siguientes documentos con su solicitud. Las facturas de los servicios públicos sólo se deben proporcionar si se solicita ayuda para ese servicio.*

- Identificación con foto del solicitante principal
- Factura de la electricidad
- Factura del gas
- Facturas de agua, alcantarillado y basura

## DECLARACIÓN

Certifico que toda la información presentada en esta solicitud es verdadera y precisa. También certifico que alquilo mi residencia y que no es mi propiedad. Autorizo al DES que comparta mi información según sea necesario para verificar mi elegibilidad. Además, autorizo a mis proveedores de servicios públicos que compartan la información de mi cuenta de servicios públicos con el DES, y acepto que mi proveedor de servicios públicos y sus agentes no serán legalmente responsables de ninguna manera por cualquier consecuencia de dicha divulgación de mi información al DES. Esta autorización tendrá una vigencia de doce meses.

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

Envíe este formulario y toda la documentación requerida al:  
 Fax: (602) 612-8282 (*Preferido*)

O envíelo por correo a:  
 Department of Economic Security  
 Emergency Rental Assistance  
 PO Box 19130  
 PHOENIX, AZ 85009-9998