

SOLICITUD DE APELACIÓN

ESTADO DE ARIZONA

ARAP, por sus siglas en inglés (Programa de Asistencia de Arizona para el Alquiler)
LIHEAP, por sus siglas en inglés (Programa de Asistencia de Energía para Hogares de Bajos Ingresos)

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: _____

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

¿Está calificado para recibir beneficios de desempleo alguien en su hogar? 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: _____

Tipo de solicitud (*Marque todas las que correspondan*): Asistencia al alquiler LIHEAP Otro

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: _____