

**ARIZONA DEPARTMENT OF
ECONOMIC SECURITY**
**Programa de Asistencia de
Emergencia para el Alquiler**
**SOLICITUD SÓLO PARA LOS
SERVICIOS PÚBLICOS**
*Las preguntas con un * se
requieren contestar.*

INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE

Nombre*: _____

Segundo nombre: _____

Apellido*: _____

Fecha de nacimiento*: _____

Dirección línea 1*:

Dirección línea 2:

Ciudad*: _____ **Estado*:** _____

Código postal*: _____

Condado*: _____

Método de contacto preferido*:

Teléfono Correo electrónico

**Vea la página 7 para leer la
declaración de EOE/ADA**

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 Elijo no responder

¿Cuál es su origen étnico?*

Hispano o latino No hispano o latino
Elijo no responder

¿Con cuál género se identifica usted?*

Femenino Masculino
Elijo no responder

¿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 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 (*Incluya una carátula de fax*):

Fax: (602) 612-8282 (*Preferido*)

O envíelo por correo a:

Department of Economic Security

Emergency Rental Assistance

PO Box 19130

Phoenix, AZ 85009-9998

Programa y Empleador con Igualdad de Oportunidades • Servicios y ayudantes auxiliares para personas con discapacidades están disponibles a petición • Para obtener este documento en otro formato u obtener información adicional sobre esta política, comuníquese con el División de Servicios para Adultos y Personas de la Tercera Edad al 602-542-4446; Servicios de TTY/TDD: 7-1-1 • Available in English online or at the local office