

**SOLICITUD DE APELACIÓN  
 ESTADO DE ARIZONA  
 ERAP, por sus siglas en inglés  
 (Programa de Asistencia de Emergencia para el Alquiler)  
 LIHWAP, por sus siglas en inglés  
 (Programa de Asistencia de Agua para Hogares de Bajos Ingresos)  
 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)    Alquiler    Servicios Públicos    LIHWAP

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: \_\_\_\_\_