

**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

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)?\* \_\_\_\_\_

¿Cuál es el ingreso bruto anual total de su familia (antes de impuestos y deducciones)?\* \_\_\_\_\_

**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

¿Hay alguien en su hogar que ha sido afectado económicamente por la crisis de salud pública COVID-19?\*    Sí    No  
En caso afirmativo, describa cómo le ha afectado económicamente el COVID-19.\*

¿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, bajo pena de perjurio, que toda la información presentada en esta solicitud es verdadera y correcta según mi leal saber y entender. Además, certifico que todos los documentos que he proporcionado son auténticos y que no he retenido ni alterado intencionalmente ninguna información que pueda ser relevante para mi elegibilidad de este programa.

También certifico que pagó renta en mi residencia y no soy dueño de ella.

Autorizo al DES a compartir la información que proporcioné en esta solicitud según sea necesario para verificar mi elegibilidad para este programa. Además, autorizo a DES a proporcionar mi información a las organizaciones asociadas con DES que pueden brindar más asistencia con mis facturas de servicios públicos. Autorizo a mis proveedores de servicios públicos a compartir la información de mi cuenta con DES según sea necesario para la distribución de los fondos que solicité bajo este programa.

Entiendo que DES puede investigar y comunicarse con cualquier fuente necesaria para revisar la exactitud de la información relacionada con mi elegibilidad para este programa. Si intencionalmente escondo, altero o proporciono información falsa para obtener beneficios de ERAP a los que no tengo derecho, puedo estar sujeto a proceso penal, multas, encarcelamiento u otras sanciones conforme a las leyes estatales y federales.

Entiendo que si recibo fondos bajo este programa por error o si ya no se me debe a mí, al propietario o a los proveedores de servicios públicos, debo devolver los fondos.

Entiendo que no puedo recibir más de 18 meses de asistencia total para pagar la renta y los servicios públicos. Esto incluye cualquier fondo del Programa de Asistencia de Emergencia para el Alquiler que se distribuyó para pagar la renta y/o los servicios públicos.

Estas autorizaciones permanecerán vigentes durante doce meses después de la fecha de mi firma.

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