

**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 8 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)?* _____

¿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 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.

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