



Aplicación para Asistencia de Renta, Hipoteca, y Utilidades

Por favor de llenar la siguiente aplicación para Renta, Hipoteca, y Utilidades. Parte VI tendrá que completar cada adulto y niño que viva en su hogar. Parte VIII necesita completar para cada servicio de Utilidad que usted necesite. Seguro Social no es requerido para todos los programas, si usted no puede proporcionar un Seguro Social por favor deje este espacio en blanco.

PARTE: INFORMACION DEL SOLICITANTE CONTACTO Y DIRECION				
NOMBRE	APELLIDO	M.I.	NUMERO DE SEGURO SOCIAL	FECHA DE NACIMIENTO
CORREO ELETRONICO		TIPO DE CORREO ELETRONICO		
		<input type="checkbox"/> Personal <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Del Trabajo		
NUMERO DE TELEFONO		TIPO DE TELEFONO		
		<input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> TTY <input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Negocio		
PREFERENCIA DE CONTACTO Por favor marque 1 opción.		<input type="checkbox"/> Llamada <input type="checkbox"/> Texto <input type="checkbox"/> Correo <input type="checkbox"/> Carta		
PREFERENCIA DE CONTACTO Por favor marque todos que aplican.		<input type="checkbox"/> No llama <input type="checkbox"/> No correo electronica <input type="checkbox"/> Texto		
Estas experimentando la falta de vivienda?	<input type="checkbox"/> Si		<input type="checkbox"/> No	
A sido desalojado de su hogar?	<input type="checkbox"/> Si		<input type="checkbox"/> No	
¿Tiene un lugar de refugio para dormir?	<input type="checkbox"/> Si		<input type="checkbox"/> No	
TIPO DE HOGAR Por favor marque 1 opción.				
<input type="checkbox"/> Apartamento <input type="checkbox"/> Asistencia de Centro de Vivienda <input type="checkbox"/> Condominio/Casapueblo <input type="checkbox"/> Duplex/Triplex/Fourplex		<input type="checkbox"/> Orfanato <input type="checkbox"/> Casa de Grupo <input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Casa Móvil		<input type="checkbox"/> Asilo De Enfermo/a <input type="checkbox"/> Refugio <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Prefiero no contestar
TIPO DE PAGO DE VIVIENDA Por favor marque 1 opción.				
<input type="checkbox"/> Renta <input type="checkbox"/> Dueno <input type="checkbox"/> Subvencionada <input type="checkbox"/> No Pago <input type="checkbox"/> Prefiero no contestar				
DIRECION RESIDENCIAL				
CALLE 1			UNIDAD/APARTAMENTO/LOTE	
CALLE 2				
CIUDAD		ESTADO		CODIGO POSTAL
Su dirección de residencia es la misma del correo postal?		<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		



DIRECCION DE ENVIO Por favor ingrese si su dirección postal es diferente a la dirección residencial.		
CALLE 1	UNIDAD/APARTAMENTO/LOTE	
CALLE 2		
CIUDAD	ESTADO	CODIGO POSTAL

PARTE II: DEMOGRAFICA DEL SOLICITANTE

GENERO ASIGNADO AL NACER Por favor marque **1** opción.

Mujer Hombre

GENERO AUTO-INDEFINIDO COMO Por favor marque todas las que le apliquen.

Mujer Mujer Transgenero No-Binaria/No-Conforme Prefiero auto-describirme
 Hombre Hombre Transgenero No identifico con un genero Prefiero no contestar

Si lo selecciona prefiere auto describirlo ingrese su respuesta: _____

PRONOMBRE Por favor marque **1** opción.

Ella Ellos Otro
 El Desconocido

RAZA Y ETNIA Por favor marque todas que le apliquen.

Asiático Oriente Medio o El Norte de África
 Negro o Afroamericano Blanco
 Hispano, Latino o Español Otra Etnia: _____
 Pueblos Indígenas, Nativos americanos o Nativos de Alaska Prefiero no Contestar
 Nativo Hawaiano o Isleño del Pacífico

ESTADO DE RESIDENCIA ACTUAL Por favor marque **1** opción.

U.S. Ciudadano (a) Residente Temporal (Condicional, Visa, Estatus Protegido) Prefiero no Contestar
 Residente Permanente (Tarjeta Verde) Asilado o Refugiado

ESTADO MILITAR Por favor marque **1** opción.

Hijo (a) de Veterano Soy un veterano
 Esposo (a) de veterano (Vivo o Fallecido) No soy veterano
 Actualmente estoy en Servicio Activo Prefiero no contestar

ESTADO PARENTAL Por favor marque **1** opción.

Hogar de dos-padres Cuidadora Primaria con Custodia
 Hogar Monoparental con Custodia Compartida Cuidadora Primaria sin Custodia
 Hogar Monoparental con Custodia Exclusiva Padres Adoptivos
 Abuelos con Custodia de niño(a) No Hijos Menores de 18 Anos

GRADO MAS ALTO COMPLETADO Por favor marque **1** opción.

Pre-Guarderia Primero Tercero Quinto Siete Nueve Once
 Guarderia Segundo Cuarto Sexto Ocho Diez Doce



CREENCIAL MAS ALTO/ NIVEL COMPLETADO EN SECUNDARIA Por favor marque 1 opción			
<input type="checkbox"/> No Completado	<input type="checkbox"/> Vocacional/ Grado Técnico	<input type="checkbox"/> Professional Grado	
<input type="checkbox"/> Diploma de Escuela Secundaria	<input type="checkbox"/> Asociado Grado	<input type="checkbox"/> Doctorado Grado	
<input type="checkbox"/> GED	<input type="checkbox"/> Bacherato Grado		
<input type="checkbox"/> 1+ Anos Educación Post Secundaria	<input type="checkbox"/> Maestria Grado		
VIVIR CON DISCAPACIDAD		<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
DISCAPACIDAD Si está viviendo con discapacidad marque todos que le apliquen.			
<input type="checkbox"/> Aprendizaje/Cognitivo (Incluye Trastornos del Habla)	<input type="checkbox"/> Movilidad Física		
<input type="checkbox"/> Lesión en la Cabeza (Incluye Adquirida y Traumática)	<input type="checkbox"/> Lesión de la Medula Espinal		
<input type="checkbox"/> Audiencia	<input type="checkbox"/> Visión		
<input type="checkbox"/> Dolor Crónico Invisible (Incluyendo trastornos del Sueño)	<input type="checkbox"/> Otro: _____		
<input type="checkbox"/> Condición Psicológica de Salud Mental	<input type="checkbox"/> Prefiero no contestar		
EMBRAZADA ACTUALMENTE		TIENE SEGURO MEDICO	
<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Desconocido
SEGURO Si tiene Seguro por favor marque todos que le apliquen.			
<input type="checkbox"/> AHCCCS	<input type="checkbox"/> Dental	<input type="checkbox"/> COBRA	<input type="checkbox"/> Pago Directo
<input type="checkbox"/> ALTCS	<input type="checkbox"/> SCHIP	<input type="checkbox"/> Empleador proporciona	<input type="checkbox"/> Desconocido
<input type="checkbox"/> Medicaid	<input type="checkbox"/> VA Servicio Medical	<input type="checkbox"/> Seguro de Salud Estatal para Adultos	<input type="checkbox"/> Otro
<input type="checkbox"/> Medical	<input type="checkbox"/> Servicio de Salud Indio	<input type="checkbox"/> Cuidado de Salud Militar	
DOMINIO DEL INGLES	<input type="checkbox"/> Poco	<input type="checkbox"/> Moderado	<input type="checkbox"/> Dominado
IDIOMAS ADICIONALES	DOMINADO	PRIMER IDIOMA	NECESITA TRADUCCION
	<input type="checkbox"/> Poquito <input type="checkbox"/> Moderado <input type="checkbox"/> Domino	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
	<input type="checkbox"/> Poquito <input type="checkbox"/> Moderado <input type="checkbox"/> Domino	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No

PART III.			
ESTADO DE EMPLEO Por favor marque 1 opción.			
<input type="checkbox"/> Estudiante w/ No Empleo	<input type="checkbox"/> Empleado por un Contrato Causal	<input type="checkbox"/> Desempleado y Buscando Trabajo	
<input type="checkbox"/> Estudiante w/ Empleo Parcial	<input type="checkbox"/> Empleado Tiempo Parcial	<input type="checkbox"/> Desempleado y no Busco Trabajo	
<input type="checkbox"/> Estudiante w/ Empleo Tiempo Completo	<input type="checkbox"/> Empleado tiempo Completo	<input type="checkbox"/> Retirado	
<input type="checkbox"/> Trabajador por Propia Cuenta	<input type="checkbox"/> Suspendido con Permiso		
Si actualmente está desempleado, ¿qué causó su desempleo? Por favor marque 1 opción.			
<input type="checkbox"/> Responsabilidades del Hogar o Familia	<input type="checkbox"/> Desempleo por Reubicación (Mudanza Reciente)		
<input type="checkbox"/> Incapacitado de Salud o Discapacidad	<input type="checkbox"/> Reingreso a la fuerza laboral (no trabajó durante un tiempo)		
<input type="checkbox"/> Despido (Desempleo Involuntario)	<input type="checkbox"/> Desempleo Voluntario (Renunció a buscar otras oportunidades)		
<input type="checkbox"/> Terminado (Desempleo Involuntario)	<input type="checkbox"/> Desempleo Estacional		
<input type="checkbox"/> Recién Ingresando a la fuerza Laboral (Graduado reciente)	<input type="checkbox"/> Suspendido con Permiso		
DESEMPLEADO DESDE (FECHA)		CALIFICAR PARA BENEFICIOS POR DESEMPLEO	
		<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No lo se
BÚSQUEDA DE EMPLEO	TRABAJADORA MIGRANTE	TRABAJADOR AGRÍCOLA ESTACIONAL	
<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	



PART IV. PROGRAMAS DE ASISTENCIA DE PUBLICA

¿Está actualmente inscrito en algún programa de asistencia pública? Si No

Si la respuesta es "Sí", ¿en qué programas de asistencia pública está inscrito actualmente?

<input type="checkbox"/> Sistema de Atención Médica de Arizona (AHCCCS)	<input type="checkbox"/> Ingresos del Seguro Social
<input type="checkbox"/> DES Subsidio para Cuidado Infantil	<input type="checkbox"/> Asistencia nutricional suplementaria (SNAP)
<input type="checkbox"/> Asistencia para casos de Refugiados	<input type="checkbox"/> Asistencia Supplemental para Familias (TANF)
<input type="checkbox"/> Seguro de Discapacidad del Seguro Social (SSDI)	<input type="checkbox"/> Mujeres, Infantes, y Niños (WIC)

Si está en SNAP, ¿todos los miembros del hogar aparecen en su caso SNAP? Si No

Si seleccionó "No", enumere a cada miembro del hogar no incluido en su estuche SNAP (nombre completo).

PART V. COVID-19 IMPACTO

¿Ha sido afectado financieramente por COVID-19? Si No

Si seleccionó "Sí", ¿cómo se ha visto afectado financieramente por COVID-19?

Experimentó una reducción o pérdida de ingresos Los gastos aumentaron inesperadamente

Experimentó una reducción o pérdida de ingresos: ¿Qué causó una reducción o pérdida de ingresos? Por favor, compruebe todo lo que corresponda .

Una oferta de trabajo realizada antes de COVID-19 fue rescindida

Me despidieron del empleo/me despidieron

Suspendido con Permiso

Mi horario de trabajo fue reducido por mi empleador

Soy autónomo y mi negocio se ha visto afectado/cerrado

Tuve que poner en cuarentena porque tengo un mayor riesgo de enfermedad grave por COVID-19

Tuve que poner en cuarentena debido a una enfermedad o exposición a COVID-19

Tuve que cuidar a otra persona que fue puesta en cuarentena debido al riesgo o exposición a COVID-19

Tuve que cuidar a un niño dependiente o a un adulto discapacitado/vulnerable

Otros (por favor describan): _____

Los gastos aumentaron inesperadamente: ¿Cómo han aumentado inesperadamente sus gastos? Por favor, compruebe todo lo que corresponda.

Tengo gastos de guardería debido a cierres de escuelas o guarderías para un adulto o niño dependiente

Tengo gastos médicos debido a la enfermedad covid-19 no cubierta por el seguro

No puedo asistir a centros de personas de la tercera edad/comunidad para obtener necesidades básicas de vida recibidas anteriormente

Otros (por favor describan): _____



PARTE VI. INFORMACIÓN DEL MIEMBRO DEL HOGAR Por favor complete para cada individuo que vive en el hogar.

NOMBRE	APELLIDO	M.I.	NÚMERO DE SEGURO SOCIAL	FECHA DE NACIMIENTO

NÚMERO DE TELÉFONO	DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO

RELACIÓN CON EL SOLICITANTE	IDIOMA PRIMARIO

GÉNERO AUTOIDENTIFIQUE COMO Por favor marque 1 opción.

Mujer Mujer transgénero No binario/no conforme Prefiere auto describirse
 Hombre Hombre transgénero No se identifique con un género Prefiere no responder

Si se selecciona "Preferir auto describirse", introduzca su respuesta: _____

RAZA Y ETNICIDAD Por favor, compruebe todo lo que corresponda.

Asiático Oriente Medio o El Norte de África
 Negro o Afroamericano Blanco
 Hispano, Latino o Español Otra etnia: _____
 Pueblos Indígenas, Nativos Americanos o Nativos de Alaska Prefiere no responder
 Nativo Hawaiano o Isleño del Pacífico

ESTADO ACTUAL DE LA RESIDENCIA Consulte 1 opción.

Ciudadano de EE.UU. Residente Temporal (Condicional, Visa, Estatus Protegido) Prefiere no responder
 Residente Permanente (Tarjeta Verde) Asilado o Refugiado

GRADO MÁS ALTO COMPLETADO Por favor marque 1 opción.

Pre-Guarderia Primero Tercero Quinto Siete Nueve Once
 Guarderia Segundo Cuarto Sexto Ocho Diez Doce

CREENCIAL MÁS ALTA / NIVEL POSTSECUNDARIA COMPLETADO Por favor marque 1 opción.

No Completado Vocacional/Grado Técnico Professional Grado
 Diploma de Escuela Secundaria Asociado Grado Doctorado Grado
 GED Bacherato Grado
 1+ Anos Educación Post Secundaria Maestria Grado

ESTADO DE EMPLEO Consulte 1 opción.

Estudiante w/ No Empleo Empleado por un Contrato Causal Desempleado y Buscando Trabajo
 Estudiante w/ Empleo Parcial Empleado Tiempo Parcial Desempleado y no Busco Trabajo
 Estudiante w/ Empleo Tiempo Completo Empleado tiempo Completo Retirado
 Trabajador por Propia Cuenta Suspendido con Permiso

VIVIR CON UNA DESABILIDAD	CURRENTLY PREGNANT	HAVE INSURANCE
<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Unknown

SEGURO Compruebe todo lo que corresponda.

AHCCCS Dental COBRA Compra Directa
 ALTCS SCHIP Empleador Proporcionado Unknown
 Medicaid VA Servicio Medical Seguro médico estatal para Adultos Otro



Medicare Servicios de Salud Indios Atención médica Militar

ACTUALMENTE VIVEN EN EL HOGAR SI No

PART VII. RENTAL AND MORTGAGE ASSISTANCE

Are you seeking rental or mortgage assistance? Please check 1 option.

Asistencia de Alquiler Asistencia Hipotecaria

Si busca ASISTENCIA HIPOTECARIA, ¿cuál es su número de póliza?

BUSCA DE AYUDA CON Pago Mensual Depósito de mudanza

Si busca ASISTENCIA DE ALQUILER, ¿ha recibido un aviso de desalojo? Si No

Si solicita ASISTENCIA HIPOTECARIA, ¿ha recibido un aviso de ejecución hipotecaria? Si No

MESES BUSCANDO ASISTENCIA Y CANTIDAD ADEUDADA Por favor, compruebe todo lo que corresponda.

MONTH	AMOUNT DUE	MONTH	AMOUNT DUE
<input type="checkbox"/> Enero	Enero: \$	<input type="checkbox"/> Julio	Julio: \$
<input type="checkbox"/> Febrero	Febrero: \$	<input type="checkbox"/> Agosto	Agosto: \$
<input type="checkbox"/> Marzo	Marzo: \$	<input type="checkbox"/> Septiembre	Septiembre: \$
<input type="checkbox"/> Abril	Abril: \$	<input type="checkbox"/> Octubre	Octubre: \$
<input type="checkbox"/> Mayo	Mayo: \$	<input type="checkbox"/> Noviembre	Noviembre: \$
<input type="checkbox"/> Junio	Junio: \$	<input type="checkbox"/> Diciembre	Diciembre: \$

Si busca ayuda con un DEPÓSITO DE MUDANZA, ¿cuál es su dirección de mudanza?

CALLE 1	UNIDAD/APARTAMENTO/LOTE

CALLE 2

CIUDAD	ESTADO	CODIGO POSTAL



PART VIII. ASISTENCIA DE UTILIDAD Por favor complete para cada utilidad que busca ayuda para.

¿Para qué utilidad está buscando ayuda? Por favor, marque 1 opción.

- Gas
 Agua
 Electricidad
 Alcantarilla
 Basura

ESTADO DE LA UTILIDAD Consulte 1 opción.

- Actualmente apagado
 Aviso de delincuencia/desconexión
 Fecha de vencimiento (en atrasos)
 Corriente de pago de servicios públicos

EMPRESA DE SERVICIOS PÚBLICOS

BUSCA DE AYUDA CON

- Pago de servicios públicos
 Depósito de servicios públicos

Si busca ayuda con un PAGO DE SERVICIOS PÚBLICOS, ¿cuál es el monto adeudado por su factura más reciente?

\$

Si busca ayuda con un DEPÓSITO DE SERVICIOS PÚBLICOS, ¿cuál es la cantidad adeudada por su depósito de servicios públicos?

\$

MESES BUSCANDO ASISTENCIA Por favor, compruebe todo lo que corresponda.

- Enero
 Mayo
 Septiembre
 Febrero
 Junio
 Octubre
 Marzo
 Julio
 Noviembre
 Abril
 Agosto
 Diciembre

NOMBRE QUE APARECE EN LA CUENTA DE SERVICIOS PÚBLICOS

NÚMERO DE CUENTA

Si busca ayuda con un DEPÓSITO DE SERVICIOS PÚBLICOS, ¿cuál es su dirección DE MUDANZA?

CALLE 1

UNIDAD/APARTAMENTO/LOTE

CALLE 2

CIUDAD

ESTADO

CODIGO POSTAL



PART IX. INGRESOS FAMILIARES Por favor enumere cada fuente de ingresos del hogar.

MIEMBRO DEL HOGAR	FUENTE DE INGRESOS	FRECUENCIA DE PAGO	FECHA DE INICIO	FECHA DE FINALIZACIÓN	CANTIDAD RECIBIDA ANTES DE LAS DEDUCCIONES

OPCIONES DE FRECUENCIA DE PAGO			
SemanaL	Bimestral	Anualmente	Por trabajo
Quincenal	Mensual	Una vez	Varia



PART XI. FIRMA DEL SOLICITANTE

Autorizo al Departamento de Servicios Humanos de Maricopa County & Tempe Community Action Agency a ponerse en contacto con cualquier fuente necesaria para establecer la exactitud de la información dada por mí. Además, autorizo a cualquier arrendador, hipoteca o compañía de servicios públicos, a la que se pueda hacer el pago de crédito en mi nombre, a divulgar información sobre mi cuenta, incluyendo, pero no limitado a, información de facturación al Departamento de Servicios Humanos del Condado de Maricopa y/o a su agencia delegada.

Atestigua que la información que he proporcionado en esta aplicación es verdadera y correcta hasta donde yo sé. Esto incluye información sobre los miembros del hogar, los ingresos, la propiedad, los datos de contacto y todos los demás artículos proporcionados. Soy consciente de que es posible que deba presentar documentación adicional en una fecha posterior, que puede utilizarse para determinar mi elegibilidad para los servicios.

Nombre

Fecha

Firma