



**SOLICITUD DE ASISTENCIA DE ALQUILER,  
HIPOTECA Y SERVICIOS PÚBLICOS**

Complete la siguiente solicitud para asistencia con el alquiler, la hipoteca y los servicios públicos. La Parte VI deberá completarse para cada adulto y niño que viva en el hogar. Además, deberá completar la Parte VIII para cada servicio para el que esté buscando asistencia.

PARTE I: INFORMACIÓN DE CONTACTO Y DIRECCIÓN DEL SOLICITANTE			
<b>PRIMER NOMBRE</b>	<b>APELLIDO</b>	<b>INICIAL DEL 2do NOMBRE</b>	<b>FECHA DE NACIMIENTO</b>
<b>DIRECCION DE CORREO ELECTRONICO</b>		<b>TIPO DE CORREO ELECTRONICO</b>	
		<input type="checkbox"/> Personal <input type="checkbox"/> Trabajo	<input type="checkbox"/> Otro
<b>NUMERO DE TELEFONO</b>		<b>TIPO DE TELEFONO</b>	
		<input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Móvil <input type="checkbox"/> Negocio	<input type="checkbox"/> Teletipo <input type="checkbox"/> Otro
<b>METODO DE CONTACTO PREFERIDO</b> Por favor marque 1 opción.		<input type="checkbox"/> Cualquiera <input type="checkbox"/> Llamar <input type="checkbox"/> Texto <input type="checkbox"/> Correo Electrónico <input type="checkbox"/> Correo/Carta	
<b>PREFERENCIAS DE CONTACTO</b> Por favor marque todos los que apliquen.		<input type="checkbox"/> No llamar <input type="checkbox"/> No enviar correo electrónico <input type="checkbox"/> Acepto mensajes de texto	
<b>¿Usted está experimentando la falta de vivienda?</b>		<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
<b>¿Ha sido desalojado(a) de su casa?</b>		<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
<b>¿Tiene un lugar protegido para dormir?</b>		<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
<b>TIPO DE VIVIENDA</b> Por favor marque 1 opción.			
<input type="checkbox"/> Apartamento	<input type="checkbox"/> Cuidado de Crianza Temporal	<input type="checkbox"/> Hogar de Ansianos	
<input type="checkbox"/> Centro de Vida Asistida	<input type="checkbox"/> Hogar Grupal	<input type="checkbox"/> Refugio	
<input type="checkbox"/> Condominio/Casa Adosada	<input type="checkbox"/> Casa	<input type="checkbox"/> Otro	
<input type="checkbox"/> Dúplex/Tríplex/Fourplex	<input type="checkbox"/> Casa Móvil	<input type="checkbox"/> Prefiero no contestar	
<b>TIPO DE PAGO DE LA VIVIENDA</b> Por favor marque 1 opción.			
<input type="checkbox"/> Renta	<input type="checkbox"/> Propio	<input type="checkbox"/> Subsidiado	<input type="checkbox"/> Sin Pago <input type="checkbox"/> Prefiero no contestar
<b>DIRECCION RESIDENCIAL</b>			
<b>CALLE 1</b>		<b>UNIDAD/APARTAMENTO/LOTE</b>	
<b>CALLE 2</b>			
<b>CIUDAD</b>	<b>ESTADO</b>	<b>CODIGO POSTAL</b>	
<b>¿Es su dirección postal la misma que su dirección residencial?</b>		<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No



**DIRECCION POSTAL** Por favor ingrese si la dirección postal es diferente de la dirección residencial.

<b>CALLE 1</b>		<b>UNIDAD/APARTAMENTO/LOTE</b>
<b>CALLE 2</b>		
<b>CIUDAD</b>	<b>ESTADO</b>	<b>CODIGO POSTAL</b>

**PARTE II: DEMOGRAFIA DEL SOLICITANTE**

**AUTO IDENTIFICACION DE GENERO COMO** Por favor marque todas las que apliquen.

- Femenino       Transgénera       No Binario/No Conforme       Prefiero describirme a mí mismo
- Masculino       Transgénero       No identificado con un genero       Prefiero no contestar

Si selecciono "Prefiero describirme a mí mismo," por favor ingrese su respuesta: \_\_\_\_\_

**RAZA Y ETNICIDAD** Por favor marque todas las que apliquen.

- Asiático       Medio oriente o África del Norte
- Negro o Afroamericano       Blanco
- Hispano, Latino, o Español       Otro Origen Étnico: \_\_\_\_\_
- Pueblos Indígenas, Nativos Americanos, o Nativos de Alaska       Prefiero no contestar
- Nativo de Hawái o de las Islas del Pacifico

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

- Hijo(a) de un veterano(a)       Soy veterano
- Esposo(a) de un veterano (Vivo o Fallecido)       No soy veterano
- Actualmente estoy en servicio activo       Prefiero no contestar

**ESTADO DE LOS PADRES** Por favor marque 1 opción.

- Hogar de dos padres       Cuidador Principal con custodia
- Hogar monoparental con custodia compartida       Cuidador Principal sin custodia
- Hogar monoparental con custodia exclusiva       Padre de crianza de custodia temporal
- Abuelo(a) con custodia del niño       No niños menores de 18 años

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

- Pre-Kínder       Primero       Tercero       Quinto       Séptimo       Noveno       Undécimo
- Kínder       Segundo       Cuarto       Sexto       Octavo       Decimo       Duodécimo


**NIVEL MAS ALTO DE CREDENCIAL/POSTSECUNDARIO COMPLETADO** Por favor marque **1** opción.

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Ninguno Completado  | <input type="checkbox"/> Licenciatura       |
| <input type="checkbox"/> Diploma de Preparatoria                                     | <input type="checkbox"/> Maestría           |
| <input type="checkbox"/> Desarrollo Educativo General (GED-por sus siglas en ingles) | <input type="checkbox"/> Título Profesional |
| <input type="checkbox"/> Mas de 1 año de educación postsecundaria                    | <input type="checkbox"/> Doctorado          |
| <input type="checkbox"/> Titulo Técnico/Vocacional                                   |   |
| <input type="checkbox"/> Grado Asociado  |   |

**VIVE CON UNA DISCAPACIDAD**  Si  No

**DISCAPACIDAD** Si vive con una discapacidad, marque todas las que apliquen.

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Cognitivo/Aprendizaje (Incluye Trastornos del Habla)     | <input type="checkbox"/> Movilidad/Físico            |
| <input type="checkbox"/> Lesión en la Cabeza (Incluye Adquiridos y Traumáticos)   | <input type="checkbox"/> Lesión de la Medula Espinal |
| <input type="checkbox"/> Audición   | <input type="checkbox"/> Visión                      |
| <input type="checkbox"/> Invisible (Incluye Dolor Crónico y Trastornos del Sueño) | <input type="checkbox"/> Otro: _____                 |
| <input type="checkbox"/> Salud Mental/Condición Psicológica                       | <input type="checkbox"/> Prefiero no contestar       |

**TENGO SEGURO MEDICO**
 Si  No  Desconocido

**DOMINIO DEL INGLES**  Poco  Moderado  Avanzado

IDIOMAS ADICIONALES	HABILIDAD	LENGUAJE PRIMARIO		NECESITA TRADUCTOR	
	<input type="checkbox"/> Poca <input type="checkbox"/> Moderada <input type="checkbox"/> Avanzada	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
	<input type="checkbox"/> Poca <input type="checkbox"/> Moderada <input type="checkbox"/> Avanzada	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
	<input type="checkbox"/> Poca <input type="checkbox"/> Moderada <input type="checkbox"/> Avanzada	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No



**PARTE III. ESTADO LABORAL DEL SOLICITANTE**

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

- |   |  |   |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Estudiante sin empleo                    | <input type="checkbox"/> Empleado a través de trabajo ocasional/por contrato | <input type="checkbox"/> Desempleado y buscando trabajo   |
| <input type="checkbox"/> Estudiante con empleo de medio tiempo    | <input type="checkbox"/> Empleado de medio tiempo                            | <input type="checkbox"/> Desempleado y sin buscar trabajo |
| <input type="checkbox"/> Estudiante con empleo de tiempo completo | <input type="checkbox"/> Empleado de tiempo completo                         | <input type="checkbox"/> Retirado                         |
| <input type="checkbox"/> Trabajador por cuenta propia             | <input type="checkbox"/> Suspendido  |   |

**Si actualmente está desempleado, ¿qué causó su desempleo?** Por favor marque 1 opción.

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Responsabilidades del Hogar o Familiares                  | <input type="checkbox"/> Desempleo por Reubicación (Mudanza Reciente)                            |
| <input type="checkbox"/> Sufrir de Mala Salud o Discapacidad                       | <input type="checkbox"/> Reingreso a la Fuerza Laboral (no trabajo durante un periodo de tiempo) |
| <input type="checkbox"/> Corte de Personal (Desempleo Involuntario)                | <input type="checkbox"/> Desempleo Voluntario (Renuncio para buscar otras oportunidades)         |
| <input type="checkbox"/> Despido (Desempleo Involuntario)                          | <input type="checkbox"/> Desempleo Estacional  |
| <input type="checkbox"/> Recién Ingresando a la Fuerza Laboral (Graduado Reciente) | <input type="checkbox"/> Suspendido  |

**DESEMPLEADO DESDE (FECHA)**

**CALIFICA PARA BENEFICIOS DE DESEMPLEO**

- Si                       No                       No se

**BUSCANDO EMPLEO**

**TRABAJADOR MIGRANTE**

**TRABAJADOR AGRICOLA DE TEMPORADA**

- Si                       No

- Si                       No

- Si                       No



**PARTE IV. IMPACTO DEL COVID-19**

¿Ha sido afectado financieramente por COVID-19?

Sí

No

Si seleccionó "Sí", ¿cómo le ha afectado financieramente el 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 marque todos los que apliquen.

- Se rescindió una oferta de trabajo realizada antes del COVID-19
- Me despidieron
- Me suspendieron
- Mi empleador redujo mi horario de trabajo
- Trabajo por cuenta propia y mi negocio se vio afectado/cerrado
- Tuve que ponerme en cuarentena porque tengo un mayor riesgo de contraer una enfermedad grave por COVID-19
- Tuve que ponerme en cuarentena debido a exposición o la enfermedad de COVID-19
- Tuve que cuidar a otra persona que fue puesta en cuarentena debido al riesgo o exposición al COVID-19
- Tuve que cuidar a un niño dependiente o un adulto discapacitado/vulnerable
- Otro (por favor describa): \_\_\_\_\_

**Gastos aumentados inesperadamente: ¿Cómo han aumentado inesperadamente sus gastos?** Por favor marque todos los que apliquen.

- Tengo gastos de guardería debido al cierre de la escuela o guardería para un adulto o niño dependiente
- Tengo gastos médicos debido a la enfermedad COVID-19 que no cubre el seguro
- No puedo asistir a centros comunitarios para personas mayores para obtener las necesidades básicas de vida que recibí anteriormente
- Otros (por favor describa): \_\_\_\_\_





**SEGURO MÉDICO** Si tiene seguro, por favor marque todas las que apliquen.

- |                                   |   |  |
|-----------------------------------|---|--|
| <input type="checkbox"/> AHCCCS   | <input type="checkbox"/> Servicios Médicos de VA            | <input type="checkbox"/> Atención Médica Militar |
| <input type="checkbox"/> ALTCS    | <input type="checkbox"/> Servicios de Salud para Indígenas  | <input type="checkbox"/> Compra Directa          |
| <input type="checkbox"/> Medicaid | <input type="checkbox"/> COBRA                              | <input type="checkbox"/> Desconocido             |
| <input type="checkbox"/> Medicare | <input type="checkbox"/> Proporcionado por el Empleador     | <input type="checkbox"/> Otro                    |
| <input type="checkbox"/> Dental   | <input type="checkbox"/> Seguro Médico Estatal para Adultos |  |
| <input type="checkbox"/> SCHIP    |   |  |

**ACTUALMENTE VIVE EN EL HOGAR**

Si

No

**PARTE VI. ASISTENCIA DE ALQUILER E HIPOTECA**

¿Está buscando ayuda con el alquiler o la hipoteca? Por favor marque 1 opción.

Asistencia de alquiler

Asistencia hipotecaria

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

**BUSCANDO AYUDA CON**

Mensualidad

Depósito de Mudanza

Si busca ASISTENCIA DE ALQUILER, ¿ha recibido un aviso de desalojo?

Si

No

Si busca ASISTENCIA HIPOTECARIA, ¿ha recibido un aviso de ejecución hipotecaria?

Si

No

**MESES BUSCANDO AYUDA Y CANTIDAD DEBIDA** Por favor marque todos los que apliquen.

MES	CANTIDAD DEBIDA	MES	CANTIDAD DEBIDA
<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?

<b>CALLE 1</b>	<b>UNIDAD/APARTAMENTO/LOTE</b>	
<b>CALLE 2</b>		
<b>CIUDAD</b>	<b>ESTADO</b>	<b>CODIGO POSTAL</b>



<b>PARTE VII. ASISTENCIA CON SERVICIOS PÚBLICOS</b> Complete para <b>cada</b> servicio público para el que busque asistencia.		
¿Para qué empresa está buscando ayuda? Por favor marque 1 opción.		
<input type="checkbox"/> Gas	<input type="checkbox"/> Agua	<input type="checkbox"/> Electricidad <input type="checkbox"/> Drenaje <input type="checkbox"/> Basura
ESTADO DEL SERVICIO PUBLICO Por favor marque 1 opción.		
<input type="checkbox"/> Actualmente Cortado	<input type="checkbox"/> Aviso de Desconexión/Morosidad	<input type="checkbox"/> Vencido (Pagos atrasados) <input type="checkbox"/> Pago del servicio al corriente
<b>NOMBRE DE LA COMPAÑÍA</b>		
<b>BUSCANDO AYUDA CON</b>		
<input type="checkbox"/> Pago de Servicio Publico		<input type="checkbox"/> Depósito de Servicio Publico
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 el monto adeudado por su depósito de servicios públicos?		\$
MESES BUSCANDO AYUDA Por favor marque todos los que apliquen.		
<input type="checkbox"/> Enero	<input type="checkbox"/> Mayo	<input type="checkbox"/> Septiembre
<input type="checkbox"/> Febrero	<input type="checkbox"/> Junio	<input type="checkbox"/> Octubre
<input type="checkbox"/> Marzo	<input type="checkbox"/> Julio	<input type="checkbox"/> Noviembre
<input type="checkbox"/> Abril	<input type="checkbox"/> Agosto	<input type="checkbox"/> Diciembre
<b>NOMBRE EN LA CUENTA DE SERVICIOS PUBLICOS</b>		<b>NUMERO DE CUENTA</b>
Si busca ayuda con un DEPÓSITO DE SERVICIOS PÚBLICOS, ¿cuál es su dirección de MUDANZA?		
<b>CALLE 1</b>		<b>UNIDAD/APARTAMENTO/LOTE</b>
<b>CALLE 2</b>		
<b>CIUDAD</b>	<b>ARIZONA</b>	<b>CODIGO POSTAL</b>





**PARTE VIII. INGRESOS DEL HOGAR** Por favor enumere cada fuente de ingresos del hogar.

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

OPCIONES DE FRECUENCIA DE PAGO			
Semanal	Quincenal	Anual	Por Trabajo
Cada 2 semanas	Mensual	Una Vez	Varia





**PARTE X. FIRMA DEL SOLICITANTE**

Autorizo al Departamento de Servicios Humanos del Condado de Maricopa y/o su agencia delegada a comunicarse con cualquier fuente necesaria para establecer la exactitud de la información proporcionada por mí. Además, autorizo a cualquier arrendador, hipoteca o compañía de servicios públicos, a la que se pueda realizar el pago de crédito en mi nombre, a divulgar información sobre mi cuenta, incluida, entre otras, la información de facturación al Departamento de Servicios Humanos del Condado de Maricopa y/o su agencia delegada.

Doy fe de que la información que he proporcionado en esta solicitud es verdadera y correcta a mi leal saber y entender. Esto incluye información sobre los miembros del hogar, ingresos, propiedad, detalles de contacto y todos los demás elementos proporcionados. Soy consciente de que es posible que deba presentar documentación adicional en una fecha posterior, que se puede utilizar para determinar mi elegibilidad para los servicios.

\_\_\_\_\_  
Nombre Impreso

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma