

| REC # | DEPARTAMENTO DE LA SEGURIDAD NACIONAL INTERNA AGENCIA FEDERAL DE LA ADMINISTRACION DE EMERGENCIAS (FEMA) SOLICITUD/REGISTRO PARA ASISTENCIA DE DESASTRE | | | | O.M.B. No. 1660-(1)(1)2 Expiración 28 de Febrero, 2007 | | DR # | Fecha de Perdida | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|---------------------------------|---|--|--|--|--|-----------------------------|-----|---------------------------------|--|------------|------------|-------|----|----|----|----|----|----|-----|----|--|----|----|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 1. Nombre de Aplicante (Apellido, Primer, Inicial) | | 2. Idioma | | 3. Fecha de Nacimiento | | 4. Numero de Seguro Social | | 5. Dirección Electrónico | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 6. Número de Teléfono de la Propiedad Afectada | | | | 7. Número de Teléfono Actual Número Celular o Teléfono Alternativo: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 8. Dirección Afectada: | | Calle | | Apt/Lote | | Ciudad | | Estado Código Condado | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 9. Dirección de Correspondencia: | | Calle | | Apt/Lote | | Ciudad | | Estado Código | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 10. Causa de los Daños a su propiedad: <input type="checkbox"/> Terremoto <input type="checkbox"/> Fuego <input type="checkbox"/> Inundación <input type="checkbox"/> Hielo/Nieve <input type="checkbox"/> Filtración <input type="checkbox"/> Sobretensión/Relámpago <input type="checkbox"/> Reserva de Alcantarilla <input type="checkbox"/> Tornado/Viento <input type="checkbox"/> Otra Razón: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 11. Daño a la Estructura de la Residencia: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | | | 12. Daño a/o Efectos Personales: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | | | 13. Estuvo sin Utilidades: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 14. Localización Actual <input type="checkbox"/> Residencia Primaria <input type="checkbox"/> Hotel/Motel <input type="checkbox"/> Familia/Amigos <input type="checkbox"/> Albergue Público <input type="checkbox"/> Otro: _____ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 15. Tipo de Residencia <input type="checkbox"/> Casa de Remolque <input type="checkbox"/> Casa Móvil <input type="checkbox"/> Casa Sencilla/de varios Niveles <input type="checkbox"/> Apartamento <input type="checkbox"/> Condominio/Townhouse <input type="checkbox"/> Bote <input type="checkbox"/> Otro: _____ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 16. Esta es su Residencia Primaria: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | | | 17. Usted: <input type="checkbox"/> Dueño de su Residencia <input type="checkbox"/> Renta/Alquila | | | 18. Tiene Acceso Libre a su Residencia: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No Falta de Acceso por Orden de Evacuación Obligatoria | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 19. Estructura o para las cosas Personales: | | | | 20. Gastos causados por el desastre (No cubierto por Seguro) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Tipo de Seguro | | Nombre de la Compañía de Seguro | | Tipo | | Si | | No | | Nombre de la Compañía de Seguro | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | Médico (incluso medicinas) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | Dentales | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | Funerales | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> No tengo seguro Estructura ni para Cosas Personales | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 21. Daños a Vehículos por el Desastre: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Información de Vehículos | | Daños | | No Daños | | Seguro Comprensible | | Seguro Obligación | | Nombre de la Compañía de Seguro | | Registrado | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th>Año</th> <th>Fabricante</th> <th>Model</th> <th>Si</th> <th>No</th> <th>Si</th> <th>No</th> <th>Si</th> <th>No</th> <th>Yes</th> <th>No</th> <th></th> <th>Si</th> <th>No</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </tbody> </table> | | | | | | | | | | | | Año | Fabricante | Model | Si | No | Si | No | Si | No | Yes | No | | Si | No | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Año | Fabricante | Model | Si | No | Si | No | Si | No | Yes | No | | Si | No | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 22 Otros Gastos: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sierra de cadena <input type="checkbox"/> Generador <input type="checkbox"/> Aparato de Remover Humedad <input type="checkbox"/> Aspiradora | | | | | | 23. Necesidades Esenciales <input type="checkbox"/> Comida <input type="checkbox"/> Albergue <input type="checkbox"/> Ropa | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 24. Necesidades especiales: ¿usted, su esposo o algún dependiente tienen la ayuda o el apoyo que hace cosas como andar, vista, audiencia, o tener cuidado de usted antes del desastre y ha perdido usted aquella ayuda o apoyo debido al desastre? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si Sí: (marque todo lo que se aplica) Movilidad: <input type="checkbox"/> silla de ruedas, <input type="checkbox"/> paseante, <input type="checkbox"/> caña, <input type="checkbox"/> levantamiento, <input type="checkbox"/> silla de baño, <input type="checkbox"/> asistente de cuidado personal Otro Necesidades especiales (marque todo lo que se aplica) <input type="checkbox"/> Mental / Cognoscitiva como: asistente de cuidado personal, otra <input type="checkbox"/> Audiencia o discurso como: audífono, intérprete de dactilología, TDD/TTY, mensajería de texto y/o otro dispositivo de comunicación accesible <input type="checkbox"/> Visión, como: Gafas, caña blanca, animal de servicio, Braille, u otro dispositivo de comunicación accesible, lupa <input type="checkbox"/> Otra Salud | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 25. Los Ocupantes que Vivian en la Residencia Primaria que fue afectada: (Liste la información de el Aplicante primero) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | Dependiente | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Apellido | | Primer Nombre | | Inicial | Relación al Aplicante | | Número del Seguro Social del Aplicante | | | Edad | | Si | No | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 26. Negocio Afectado: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Ingreso Primario proviene de Negocio Propio | | | | | | Es usted dueño o representa un negocio o propiedad de alquiler (renta) que se dañó por el desastre | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 27. Número de Dependientes que Usted Reclama en los Impuestos _____ | | | | | | 29. Transferencia de Fondos Electrónicos <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Nombre del Banco: _____ Número de Ruta : _____ (9 Dígitos) Tipo de Cuenta <input type="checkbox"/> Cheques <input type="checkbox"/> Ahorro Número de Cuenta _____ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 28. El ingreso bruto de todos los ocupantes de la residencia afectada: <input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Quincenal <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Bimensual <input type="checkbox"/> Trimestral <input type="checkbox"/> Anual | | | | | | 31. Representante de FEMA | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 30. Comentarios | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

1. Entre el apellido, el nombre y la inicial de el Apicante. Jr., Sr., etc siguen despues el apellido.
2. Cual es su Idioma. Si el aplicante habla Inglés, deje el espacio en blanco.
3. Entre la Fecha de Nacimiento de el Apicante.
4. Entre el Número de Seguro Social de el Apicante (SSN). Si el Apicante no tiene numero de seguro social, el procesar de el Apicante puede ser retrasado.
5. Entre la dirección electrónica (email) (si disponible)
6. No incluya número de beeper/paginador en cualquiera de los campos de número de teléfono. Número de teléfono de la Propiedad Afectada: Entre el número usado en la casa de el Apicante en el momento de el desastre aun si el número no trabaja actualmente.
7. Número actual de el teléfono: Entre el número de teléfono actual donde el Apicante puede ser encontrar. No. del teléfono de celular o telefono alterno: Entre número de teléfono del trabajo o el número de teléfono de un amigo, de un pariente, o de un vecino a que FEMA pueda utilizar para dejar un mensaje para el Apicante. Nota: Incluya el número de la extensión (si está disponible).
8. Entre la dirección física completa de la calle en la cual los daños ocurrieron. NO entre un Apartado de correo o dirección de entrega general.
9. Entre la dirección de el correo de el Apicante. Esto puede ser diferente de la Dirección de Propiedad Afectada o donde no está viviendo el Apicante. La Dirección de Envío puede ser un Apartado de correo o dirección de Entrega General. Si es igual a la dirección de propiedad afectada, marque la caja para el mismo.
10. Señal la Causa de el Daño a la casa (más de una causa puede ser comprobada). Otras causas de daños pueden incluir: explosión, sequía, y disturbios. Si más de la casa fue dañada, por favor describa en la sección de Comentarios en el artículo #30.
11. Si el Apicante tiene daño al hogar (e.g. eléctrico, calefacción, pisos, paredes, techos, y fundación), señal sí. Si los daños son desconocido, señal desconocido.
12. Si el Apicante tiene Daños a la Propiedad Personal (e.g. Utilidades, ropa, y/de Muebles, señal Si.
13. Si los Utilidades de el Apicante no están trabajando, señal sí. Las utilidades pueden incluir la alcantarilla, el agua, el gas, la electricidad, y/o la calefacción.

14. Señal la localización actual en donde está viviendo el Apicante.
15. Tipo de residencia que fue afectada por el desastre (Casa de Remolque, Casa Móvil, Casa Sencilla/Duplex, Apartamento, Condominio/Townhouse) Otro: puede incluir, por ejemplo, sin hogar o RV.
16. Si el Apicante vivió en el hogar más de seis meses al año o el Apicante lo enumera como la dirección de su declaración de impuestos federal; o el Apicante archiva una extensión de la casa; o el Apicante la utiliza como dirección del registracion del votante, señal si.
17. Si nombran al Apicante en el escritura; o el Apicante mantiene el hogar y paga los impuestos, pero no paga ningún alquiler, o el Apicante tiene derechos de ocupación de el curso de la vida mientras que ni lleva a cabo título jurídico al hogar, señal para Propio. Comproba el alquiler si el Apicante no resuelve uno de los sobre criterios de la propiedad, aunque el Apicante no paga ningún alquiler.
18. Si el hogar es Accesible después de el desastre, señal Sí. Inaccesible puede incluir la interrupción o la destrucción de rutas de transporte o otras obstrucciones que impiden al Apicante ganar la entrada a la casa afectada. Si el Apicante no puede entrar en la casa, determine si es debido al Desastre o debido a Evacuación Obligatoria y comprueba apropiadamente.
19. Señal el tipo de seguro que el Apicante sostuvo a la hora de el desastre para la estructura y/o la propiedad personal; incluso, pero no limitado a la reserva de la alcantarilla, terremoto. Incluya el Nombre de la Compañía de Seguros. Si no tiene seguro, señal: No tengo seguro para mi estructura o efectos personales.
20. Si el Apicante incurrió gastos de Médico, Dentales, Fúnebres y/o Gasto de Movimiento/Almacenaje relacionado con el desastre, señal Sí. Bajo la Compañía de Seguros, proporcione el nombre de la compañía de seguros de el Apicante si ellos tuvieran el seguro para aquel gasto.
21. Entre todos los vehículos para la casa (sin tener en cuenta condición) y el Año, Fabricante y Modelo. Si el Apicante o uno de los dependientes de el Apicante es dueño de un vehículo(s) que fue dañado por el desastre, señal Sí. También, Compruebe Sí para los vehículos que no fueron afectados. Comprueba Sí si el vehículo mencionado tiene seguro comprensivo y/o seguro de responsabilidad. Entre el nombre de la compañía de seguros si el Apicante tiene seguro. Si más espacio es necesario, utilice el espacio en el artículo #29.
22. Tuvo Otros Gastos: señal los tipos de gastos que se aplican (e.g. sierra de cadena, generador, aparato de remover humedad, aspiradora).

23. Si el Apicante tiene Necesidades de Emergencia (p.ej, Alimento, ropa, refugio), Señal la caja apropiada para el tipo de necesidad.
24. La pregunta está relacionada con necesidades especiales. Los americanos con Acto de Invalidez (ADA) define una invalidez como un daño físico o mental, esto considerablemente limita, una o varias de la vida principal, actividades de tal individuo. 42 USC 12102(2) (A). Si el registrante (y Co-Aplicante) y todas las otras personas o dependientes que consideren esta residencia su residencia primaria a la hora del desastre tiene tal a la invalidez y fue afectada por el desastre, por favor marque todas las areas de la invalidez que se aplican.
25. Entre la información de el Apicante (y Co-Aplicante) y todas las otras personas o dependientes que consideren esta residencia su residencia primaria a la hora del desastre. Que es la relación al aplicante? Si no tiene relación al Apicante, es importante que todas las personal en la lista incluyen el numero de seguro social de cada uno de el aplicante sea incluido. Respuesta si son dependientes o no.
26. ¿TRABAJO PERDIDO? Si el Apicante o un miembro de la casa del Apicante perdió el trabajo o se hizo desempleado como resulta del desastre para el cual ellos no seran compensados. Señal Sí. Por ejemplo, si el que gana el susteno para familia fue incapacitado o murio debido al desastre.
¿Su Ingreso Primario proviene de Negocio Propio? Señal Si o No
¿Es usted dueño o representa un negocio o propiedad de alquiler (renta) que se daño por el desastre? Señal Si o No
27. Número de Dependientes que Usted Reclama en los Impuestos.
28. El ingreso bruto de todos los ocupantes de la residencia afectada, (Este la cantidad de ingresos antes de cualquier deducción y puede incluir el dinero de empleo, Seguridad Social, retiro, bienestar, apoyo de niño, reservas, interés, anualidades, y ahorros o ayuda de familia y amigos. Esto no incluye estampillas de alimento o ayuda de la Sección 8 de HUD.) Asignan la frecuencia de la paga (semanario, cada dos semanas, mensualmente cada tres meses, o cada año). Si los ingresos son rechazaron. Señal la caja apropiada.
29. Si el Apicante quiere Transferencia de Fondos Electricos automáticamente en su Cuenta de Cheques o Cuenta de Ahorros: entre Sí al lado de Transferencia de Fondos Electrónica. Entre el nombre de la Institución Financiera de el Apicante. Entre los 9 números de la encaminamiento de el aplicante. (El número de la encaminamiento son los primeros 9 numeros que aparece en la esquina más baja de la mano izquierda del cheque.) Indica el tipo de la cuenta de el Apicante marcando la caja de la Cuenta de Cheques o de Cuenta de Ahorros. Entre el número de cuenta de el Apicante. (El número de cuenta se puede encontrar en el fondo de centro de un cheque inmediatamente después del número de la

encaminamiento o se puede encontrar en la Cuenta de Ahorros o en la Cuenta de Cheques

30. Entre cualquier comentario adicional cuanto sea necesario.

ACTO DE PRIVACIDAD

Robert T. Stafford y Acto de Ayuda de Emergencia, 42 Congreso de los Estados Unidos 5121-5206, la Orden 12148 Ejecutiva, como ammended, y Título IV del Acto de Reconciliación de Oportunidad de Trabajo y Responsibiilty personal de 1996, 8 Congreso de los Estados Unidos 1601 y seq. autorización del collocation de esta información. El uso de primaria de Yje

Robert T. Stafford Acto Alivio y de Ayuda de Emergencia, 42 Congreso de los Estados Unidos 5121-5206, la Orden 12148 Ejecutiva, como enmendado, y Título IV del Acto de Reconciliación de Oportunidad de Trabajo y Responsibilidad Personal de 1996, 8 Congreso de los Estados Unidos 1601 y seq. autorización del colleccion de esta información. El uso primario de este información debe determinar su elegibilidad para recibir la ayuda de desastre de FEMA. La revelación de esta información puede ser hecha: Sobre petición escrita, a agencias federales y estatales suministro de esta informacion debe determinar su elegibilidad para recibir la ayuda de desastre de FEMA. La revelación de esta información puede ser hecha: Sobre petición escrita, a agencias federales y estatales el suministro de la ayuda de desastre, así como a administraciones municipales o agencias voluntarias de las cuales usted busca la ayuda, de modo que los esfuerzos de ayuda o las ventajas no sean duplicados, a agencias, organizaciones e instituciones si es necesario para FEMA para obtener la información de ellos en la fabricación de determinaciones de elegibilidad; agencias de administración municipal, federal, y estatal para promover mitigación de riesgo la planificación e imposición; a agencias de aplicación de la ley o organización profesional o violación potencial de ley; a una agencia federal, estatal, o local solicitamos la información relevante a una decisión de Agencia acerca de la emisión de una subvención u otra ventaja, o en ciertas circunstancias cuando una petición de agencia Federal tal información para un objetivo similar de nosotros; a una oficina del Congreso en respuesta a una pregunta hecha a petición del individuo; a la Oficina de Dirección y Presupuesto (OMB) con relación a legislación de alivio privada bajo A-19 circular OMB, y a los Archivos Nacionales y Administración de Archivos en inspección de dirección de archivos conducida bajo las autoridades de 44 Congreso de los Estados Unidos 2904 y 2906. Su número de Seguridad Social es solicitado durante el registro de acuerdo con el Acto de Mejora de Cobro de Deudas de 1996, 31 Congreso de los Estados Unidos 3325 (d) abd 7701 (c) (1). El moblaje del número de seguridad social, así como otra información, es voluntario, pero el fracaso de hacer así puede retrasar o prevenir provisiones de ayuda de desastre.

Aviso del acceso de la carga del papeleo FEMA forma 90-69A:

Se estima que el público que relata la carga de esta forma hace un promedio de 18 minutos por respuesta. La estimación de carga incluye el tiempo para examinar instuictions, buscando fuentes de datos existentes, juntándose y manteniendo los datos necesarios, y completando y presentando la forma, no se requiere que usted responda a

esta colección de la información a menos que un número de control de OMB válido sea mostrado en la esquina derecha superior de esta forma. Envíe comentarios en cuanto a la exactitud de la estimación de burder y cualquier sugerencia para reducir la carga:
Dirección de Colección de Información, Departamento de Seguridad de Patria, Agencia de Dirección de Emergencia Federal, 500 Calle C, SW, Washington, DC 20472, Proyecto de Reducción de Trabajo de escribir (1660-0002). NOTE: no envíe su forma completada a esta dirección.

La grabación de Tele-registro informa al demandado a principios del consumo de registro, del Acto de Reducción de Trabajo de escribir y Acto de Intimidad (PRA) información de revelación de carga.