

REC. #	DEPARTAMENTO DE LA SEGURIDAD NACIONAL INTERNA AGENCIA FEDERAL DE LA ADMINISTRACION DA EMERGENCIAS SOLICITUD/REGISTRO PARA ASISTENCIA DE DESASTRE				O.M.B. No. 1660-0002 Exp. Mayo 31, 2013 (see reverse side)	DR #	Fecha de Perdida																																																																																															
						Fecha de solicitud																																																																																																
1. Nombre de Apicante (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 Alterno																																																																																														
8. Dirección Afectada					Nota:																																																																																																	
No.		Calle			Apt/Lotet		Ciudad		Estado		Código	Condado																																																																																										
9. Dirección de Correspondencia		No.			Calle		Apt/Lote		Ciudad		Estado		Código																																																																																									
<input type="checkbox"/> Igual que la Dirección Dañada																																																																																																						
10. Causa de los Daños a su propiedad <input type="checkbox"/> Inundación <input type="checkbox"/> Reserva De Alcantarilla <input type="checkbox"/> Filtración <input type="checkbox"/> Terremoto <input type="checkbox"/> Fuego <input type="checkbox"/> Hielo/Nieve <input type="checkbox"/> Granizo/Lluvia/Lluvia Empujada por la Lluvia <input type="checkbox"/> Tornado/Viento <input type="checkbox"/> Sobretensión/Relámpage <input type="checkbox"/> Otra _____																																																																																																						
11. Vivienta Dañada <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Desconocido				12. Daño a/o Efectos Personales <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> No				13. Estuvo sin Utilidades <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No																																																																																														
14. Localización Actual <input type="checkbox"/> Residencia Primaria <input type="checkbox"/> Hotel/Motel <input type="checkbox"/> Familia/Amigo <input type="checkbox"/> Albergue Público <input type="checkbox"/> Otro _____																																																																																																						
15. Tip De Residencia: <input type="checkbox"/> Casa de Remolque <input type="checkbox"/> Casa Móvil. <input type="checkbox"/> Casa Sencilla/de varios Niveles <input type="checkbox"/> Apt. <input type="checkbox"/> Condominio/Townhouse <input type="checkbox"/> Bote <input type="checkbox"/> Otro _____																																																																																																						
16. Esta es su Residencia Primaria <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No				17. Usted Residencia <input type="checkbox"/> Deñ de su <input type="checkbox"/> Renta/ Aluila				18. Tiene Acceso Libre a su Residencia <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> No, Falta de Acceso por Orden de Evacuación Obligatoria <input type="checkbox"/> No, debido al desastre																																																																																														
19. Estructura o para las cosas Personales					20. Gastos causado por el desastre(No cubierto por Seguro)																																																																																																	
Tip de Seguro					Nombre de la Compañía de Seguro																																																																																																	
<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="width:50%; height: 20px;"></td><td style="width:50%;"></td></tr> <tr><td style="width:50%; height: 20px;"></td><td style="width:50%;"></td></tr> <tr><td style="width:50%; height: 20px;"></td><td style="width:50%;"></td></tr> </table>											<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th style="width:30%;">Tipo de gasto</th> <th style="width:10%;">Si</th> <th style="width:10%;">NO</th> <th style="width:50%;">Nombre de la Compañía de Seguro</th> </tr> <tr><td>Médico</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Dentales</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Funerales</td><td></td><td></td><td></td></tr> </table>								Tipo de gasto	Si	NO	Nombre de la Compañía de Seguro	Médico				Dentales				Funerales																																																																							
Tipo de gasto	Si	NO	Nombre de la Compañía de Seguro																																																																																																			
Médico																																																																																																						
Dentales																																																																																																						
Funerales																																																																																																						
<input type="checkbox"/> INo tengo seguro Estructura ni para Cosas Persones																																																																																																						
21. Daños a Vehículos por el Desastre																																																																																																						
<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th colspan="3">Información de Vículos</th> <th colspan="2">Daños</th> <th colspan="2">No Daño</th> <th colspan="2">Seguro Comprensible</th> <th colspan="2">Seguro Obligación</th> <th colspan="2">Nombre de la Compañía de Seguro</th> <th colspan="2">Registrado?</th> </tr> <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>Si</th> <th>NO</th> <th colspan="2"></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 colspan="2"> </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 colspan="2"> </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 colspan="2"> </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 colspan="2"> </td><td> </td><td> </td></tr> </tbody> </table>													Información de Vículos			Daños		No Daño		Seguro Comprensible		Seguro Obligación		Nombre de la Compañía de Seguro		Registrado?		Año	Fabricante	Model	Si	NO	Si	NO	Si	NO	Si	NO			Si	NO																																																												
Información de Vículos			Daños		No Daño		Seguro Comprensible		Seguro Obligación		Nombre de la Compañía de Seguro		Registrado?																																																																																									
Año	Fabricante	Model	Si	NO	Si	NO	Si	NO	Si	NO			Si	NO																																																																																								
22. Otra Gasto: <input type="checkbox"/> Sierra de cadena <input type="checkbox"/> Generador <input type="checkbox"/> Humidificador <input type="checkbox"/> Dehumidificador						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, obtener cuidado de usted antes del desastre y ha perdido usted aquella ayuda o apoya debido al desastre? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> NO																																																																																																						
Si su respuesta es SI (seleccione todas las que apliquen). Movilidad: <input type="checkbox"/> silla de ruedas <input type="checkbox"/> paseane <input type="checkbox"/> Caña <input type="checkbox"/> levantamiento <input type="checkbox"/> silla de baño <input type="checkbox"/> asistente de cuidado personal.																																																																																																						
(seleccione todas las que apliquen) <input type="checkbox"/> Mental/ Cognoscitiva como: asistente de cuidado personal, otra																																																																																																						
<input type="checkbox"/> Audiencia o discurso como: audifono, interprete de dactilologia, TDD/TTY, mensajería de texto y/o otro dispositivo de comunicacibn accesible <input type="checkbox"/> Otra _____																																																																																																						
<input type="checkbox"/> Visibn, como: Gafas, caila blanca, animal de servicio, Braille, u otro dispositivo de comunicacibn accesible, lupa																																																																																																						
25. Los Ocupantes que Vivian en la Residencia Primaria que Fue afectada: (Liste la información de el Apicante primero)																																																																																																						
Apellido		Pimer Nombre		Incial		Relación al Apicante		Número del Seguro Social (del Apicante Primer)		Edad		Dependiente? Si NO																																																																																										
26. Negocio Afectado																																																																																																						
Ingreso Primario proviene de Negocio Propio? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> NO Es usted dueño o representa un negocio o propiedad de alquiler(renta) que se daño por el desastre <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> NO																																																																																																						
27. Número de Dependientes que Usted Reclama en los Impuestos _____						29. Transferencia de Fondos Electrónico <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> NO																																																																																																
28. El ingreso bruto de todos los ocupantes de la residencia afectada <input type="checkbox"/> Income Refused						Nombre de Banco: _____																																																																																																
\$ _____						Tip de Cuenta: <input type="checkbox"/> Cheques <input type="checkbox"/> Ahorro Número de Ruta _____ (9 dígitos)																																																																																																
<input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Quincenal <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Bimensual <input type="checkbox"/> Trimestral <input type="checkbox"/> Anual						Número de Cuenta: _____																																																																																																
30. Solicitud de Cambio de Dirección para la Administración de Seguro Social																																																																																																						
¿Cuando usted quiere que este cambio se efective? Hacer el cambio efectivo: _____																																																																																																						
31. Comentarios																																																																																																						
32. Representante de FEMA																																																																																																						

Solicitud / Registro de Instrucciones de Asistencia para Desastres

1. Entre el apellido, el nombre y la inicial de el Apicante. Jr., Sr., etc siguen despuesel apellido.
2. Cuál es su Idioma. Si el aplicante habla Ingles, 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 tienen 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 don e el Apicante puede ser encontrar. No. del teléfono de celular o teléfono 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 extension (si esta 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 Direction 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 si. 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 si. 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 mas 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 registración 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. Comprueba 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, Funerales y/o Gasto de Movimiento/Almacenaje relacionado con el desastre, señal Si. 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 h e dañado por el desastre, señal Si. También, Compruebe Sí para los vehículos que no heron afectos. Compruebe 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, humidificador, dehumidificador).
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-Apicante) 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 fie 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-Apicante) y todas las otras personas o dependientes que consideren esta residencia su residencia primaria a la hora del desastre. Que es la relación al Apicante? 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 Si. Por ejemplo, si el que gana el susteno para familia fie incapacitado o murio debido al desastre.
~ S 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 Eléctricos automáticamente en su Cuenta de Cheques o Cuenta de Ahorros: entre Si al lado de Transferencia de Fondos Electrónicos. Entre el nombre de la Institución Financieras de el Apicante. Entre los 9 números de la encaminamiento de el aplicante. (El numero de la encaminamiento son los primeros 9 números 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. Solicitud de Cambio de Dirección para la Administración del Seguro Social.
31. Entre cualquier comentario adicional cuanto sea necesario.
32. Representante de FEMA.

CTA DE PRIVACIDAD

AUTORIDAD: El Acta Robert T. Stafford para el Alivio y la Asistencia de Emergencia (Robert T. Stafford Disaster Relief and Emergency Assistance Act, por su nombre en inglés) según enmendada, 42 U.S.C. § 5121-5207 y el Plan de Reorganización (Reorganization Plan, por su nombre en inglés) Número 3 de 1978; 4 U.S.C. §§ 2904 y 2906; 4 C.F.R. § 206.2(a)(27); el Acta de Reconciliación para la Oportunidad de Empleo y Plan de Responsabilidad Personal v Personal Responsibility and Work Opportunity Reconciliation Act, por su nombre en inglés) de 1996 (Pub. L. 104-193) y la Orden Ejecutiva (Executive Order, por su nombre en inglés) 13411. El Departamento de Seguridad Nacional (Department of Homeland Security, por su nombre en inglés) pide su Número de Seguro Social en cumplimiento con el Acta para el Mejoramiento de Cobro de Deuda (Debt Collection Improvement Act, por su nombre en inglés) de 1996, 31 U.S.C. § 3325(d) y § 7701(c) (1).

PROPÓSITO PRINCIPAL: La información es tomada con el propósito principal de determinar su elegibilidad y administrar la asistencia monetaria bajo un desastre declarado por el Presidente. Además, la información podría ser revisada internamente por la Agencia Federal para el Manejo de Emergencia, FEMA, por sus siglas en inglés) para propósitos en el control de calidad.

USO RUTINARIO: La información en este formulario podría ser revelada como generalmente es permitido bajo el Acta de Privacidad de 1974 (Privacy Act, por su nombre en inglés) 5 U.S.C. § 552a(b), según enmendada. Esto incluye usar la información necesaria y autorizada para el uso rutinario publicado en el 008 Sistema para el Manejo de Expedientes de Asistencia por Desastre de DHS/FEMA (24 de septiembre de 2009 74 FR 48763) y una vez se ha requerido por escrito, bajo acuerdo y como requerido por la ley.

ACCESO: Proveer la información en este formulario es voluntario; sin embargo, no proporcionarla según solicitada puede retrasar o evitar que el individuo reciba ayuda del desastre.

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

Se estima que el publico que relata la carga de esta forma hace un promedio de 18 minutos por respuesta. La estimacion de carga incluye el tiempo para examinar instuncions, buscando fuentes de datos existentes, junthdose y manteniendo los datos necesarios, y completando y presentando la forma, no se requiere que usted responda a esta coleccion de la informacion a menos que un número de control de OMB válido sea mostrado en la esquina derecha superior de esta forma. Envie 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 (1 660-0002). 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 revelarían de carga.

No es necesario completar los campos en gris.