

REC. #	DEPARTAMENTO DE SEGURIDAD NACIONAL AGENCIA FEDERAL PARA EL MANEJO DE EMERGENCIAS SOLICITUD/REGISTRO PARA ASISTENCIA DE DESASTRE				O.M.B. No. 1660-0002 Exp. Agosto 31, 2013 (véase el reverso)	DR #	Fecha de Perdida																																																																																																														
Fecha de solicitud																																																																																																																					
1. Nombre del Solicitante (Apellido, Nombre, Inicial)			2. Idioma		3. Fecha de Nacimiento		4. Número de Seguro Social		5. Dirección de Correo Electrónico																																																																																																												
6. Número de Teléfono de la Propiedad Dañada				Teléfono Alterno		7. Número de Teléfono Actual			Núm.Celular o Alterno																																																																																																												
Nota:																																																																																																																					
8. Dirección de la Vivienda Dañada		Núm.. Calle			Apto /Lote		Ciudad		Estado		Código Postal		Condado																																																																																																								
9. Dirección Postal		Núm.. Calle			Apto /Lote		Ciudad		Estado		Código Postal																																																																																																										
<input type="checkbox"/> Igual a la Dirección de la Vivienda Dañada																																																																																																																					
10. Causa de Daños																																																																																																																					
<input type="checkbox"/> Terremoto <input type="checkbox"/> Tornado Viento <input type="checkbox"/> Fuego/Humo/ Hollín/Ceniza <input type="checkbox"/> Filtración <input type="checkbox"/> Inundación <input type="checkbox"/> Desbordamiento de Aguas Usadas <input type="checkbox"/> Granizo/Luvia/Lluvia con Viento <input type="checkbox"/> Hielo/Nieve <input type="checkbox"/> Apagón Eléctrico/Relámpagos <input type="checkbox"/> Otro _____																																																																																																																					
11. Vivienda Dañada				<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Desconocido		12. Propiedad Personal Dañada			<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		13. Estuvo sin Servicios Públicos Esenciales			<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No																																																																																																							
14. Localización Actual																																																																																																																					
<input type="checkbox"/> Residencia Principal <input type="checkbox"/> Hotel/Motel <input type="checkbox"/> Familia / Amistades <input type="checkbox"/> Albergue Público <input type="checkbox"/> Otro _____																																																																																																																					
15. Tipo de Residencia																																																																																																																					
<input type="checkbox"/> Casa Rodante/ Remolque <input type="checkbox"/> Casa Móvil <input type="checkbox"/> Casa Sencilla/de varios Niveles <input type="checkbox"/> Apt. <input type="checkbox"/> Condomino/Casa de Hilera <input type="checkbox"/> Otro _____																																																																																																																					
16. Residencia Principal				<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		17. Es usted			<input type="checkbox"/> Dueño <input type="checkbox"/> Inquilino		18. Esta su vivienda accesible?			<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No, debido al desastre																																																																																																							
18. Esta su vivienda accesible?																																																																																																																					
<input type="checkbox"/> No, debido a la evacuación obligatoria																																																																																																																					
19. Seguro de Vivienda/Propiedad Personal						20. Gastos Relacionados al Desastre (no cubiertos por el seguro o no asegurables)																																																																																																															
Tipo 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="height: 20px;"></td><td></td></tr> <tr><td style="height: 20px;"></td><td></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%;">Si En caso de tener seguro ingrese el nombre de la Compañía</th> </tr> <tr> <td>Médico</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Dental</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Funeral</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>						Tipo de gasto	Si	NO	Si En caso de tener seguro ingrese el nombre de la Compañía	Médico				Dental				Funeral																																																																																							
Tipo de gasto	Si	NO	Si En caso de tener seguro ingrese el nombre de la Compañía																																																																																																																		
Médico																																																																																																																					
Dental																																																																																																																					
Funeral																																																																																																																					
<input type="checkbox"/> No tengo seguro para mi vivienda o propiedad personal																																																																																																																					
21. Daños al vehículo a consecuencia del desastre																																																																																																																					
<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th colspan="3">Información del Vehículo</th> <th colspan="2">Daños?</th> <th colspan="2">Manejable?</th> <th colspan="2">Seguro Abarcador?</th> <th colspan="2">Seguro de Responsabilidad Pública</th> <th colspan="2">Nombre Compañía de Seguros</th> <th colspan="2">Registrado?</th> </tr> <tr> <th>Año</th> <th>Marca</th> <th>Modelo</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> <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 del Vehículo			Daños?		Manejable?		Seguro Abarcador?		Seguro de Responsabilidad Pública		Nombre Compañía de Seguros		Registrado?		Año	Marca	Modelo	Si	NO	Si	NO	Si	NO	Si	NO			Si	NO																																																																											
Información del Vehículo			Daños?		Manejable?		Seguro Abarcador?		Seguro de Responsabilidad Pública		Nombre Compañía de Seguros		Registrado?																																																																																																								
Año	Marca	Modelo	Si	NO	Si	NO	Si	NO	Si	NO			Si	NO																																																																																																							
22. Otros Gastos						23. Necesidades de Emergencia																																																																																																															
<input type="checkbox"/> Humidificador <input type="checkbox"/> Generador <input type="checkbox"/> Detector de monóxido de carbono <input type="checkbox"/> Motosierra <input type="checkbox"/> Detector de humo <input type="checkbox"/> Radio del Tiempo <input type="checkbox"/> Deshumidificador						<input type="checkbox"/> Comida <input type="checkbox"/> Albergue <input type="checkbox"/> Ropa																																																																																																															
24. Necesidades Especiales: ¿Usted, su esposo, o alguno de sus dependientes requiere de ayuda o apoyo al hacer cosas como caminar, ver, escuchar, o cuidar de sí mismo antes del desastre y perdió esta ayuda o apoyo debido al desastre?																																																																																																																					
<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> NO																																																																																																																					
Si su respuesta es Si en Movilidad, seleccione todos los que apliquen, tales como:																																																																																																																					
<input type="checkbox"/> silla de ruedas <input type="checkbox"/> Andador <input type="checkbox"/> Bastón Blanco <input type="checkbox"/> Equipo de levantamiento <input type="checkbox"/> Silla de baño <input type="checkbox"/> Asistente de Cuidado Personal, etc.																																																																																																																					
(Selección todas las que apliquen)																																																																																																																					
<input type="checkbox"/> Sicológica/Incapacidad para el Desarrollo/Salud Mental, tales como: asistente de cuidado personal, etc <input type="checkbox"/> Auditiva o del Habla, tales como: audífonos, intérprete de lenguaje de señas, TDD / TTY, mensajes de texto y / o cualquier otro dispositivo de <input type="checkbox"/> Otro _____ <input type="checkbox"/> Visual, tales como: anteojos, bastón blanco, animal de servicio, Sistema Braille u otro dispositivo de comunicación de acceso, lupa																																																																																																																					
25. Ocupantes viviendo en la residencia principal al momento del desastre																																																																																																																					
<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th rowspan="2">Apellido</th> <th rowspan="2">Primer Nombre</th> <th rowspan="2">Inicial</th> <th rowspan="2">Relación</th> <th colspan="2">Número de Seguro Social (Favor de Escribir primero el NSS del Solicitante)</th> <th rowspan="2">Edad</th> <th colspan="2">Dependiente?</th> </tr> <tr> <th>Si</th> <th>NO</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></tr> <tr><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></tr> </tbody> </table>													Apellido	Primer Nombre	Inicial	Relación	Número de Seguro Social (Favor de Escribir primero el NSS del Solicitante)		Edad	Dependiente?		Si	NO	Si	NO																																																																																												
Apellido	Primer Nombre	Inicial	Relación	Número de Seguro Social (Favor de Escribir primero el NSS del Solicitante)		Edad	Dependiente?																																																																																																														
				Si	NO		Si	NO																																																																																																													
26. Daños al Negocio																																																																																																																					
Es su ingreso primario el trabajo por cuenta propia?						¿Es dueño, representa algún negocio o posee una propiedad que genere ingresos de renta que fue dañada por el desastre?																																																																																																															
<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> NO						<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> NO																																																																																																															
27. Número de dependientes reclamados _____						29. Transferencia electrónica de fondos																																																																																																															
<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> NO						<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> NO																																																																																																															
28. Ingreso bruto familiar combinado antes del desastre						Nombre del Banco: _____																																																																																																															
\$ _____						Tipo de Cuenta: <input type="checkbox"/> Cheques <input type="checkbox"/> Ahorro Número de Ruta _____ (9 dígitos)																																																																																																															
<input type="checkbox"/> Ingresos /Se niega a contestar						Número de Cuenta: _____																																																																																																															
<input type="checkbox"/> Semana <input type="checkbox"/> Quincenal <input type="checkbox"/> Semi-Mensual <input type="checkbox"/> Trimestral <input type="checkbox"/> Anual																																																																																																																					
30. ¿Usted prefiere recibir la correspondencia a través del correo postal o correo electrónico?						31. ¿En qué idioma desea recibir la correspondencia?																																																																																																															
<input type="checkbox"/> Correo Postal <input type="checkbox"/> Correo electrónico						<input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Español																																																																																																															
32. ¿Le gustaría recibir notificaciones adicionales de su estatus por mensajes de texto SMS?																																																																																																																					
<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> NO																																																																																																																					
33. Solicitud de Cambio de Dirección para la Administración de Seguro Social																																																																																																																					
¿Cuando usted quiere que este cambio sea efectivo? _____ Hacer el cambio efectivo a _____																																																																																																																					
34. Comentarios						32. Representante de FEMA																																																																																																															

Solicitud / Registro de Instrucciones de Asistencia para Desastres

1. Entre el Apellido, Nombre y la inicial del Solicitante. Jr., Sr., etc. siguen después el apellido.
2. Entre el idioma que habla el solicitante. Si el solicitante habla Inglés, deje el espacio en blanco.
3. Entre la Fecha de Nacimiento del solicitante.
4. Entre el Número de Seguro Social del solicitante (SSN) por sus siglas en inglés. Si el solicitante no provee el número de seguro social, el procesamiento de la solicitud puede retrasarse.
5. Entre la dirección de correo electrónico (email) por su nombre en Inglés, si está disponible.
6. NO incluya un beeper / número de localizador en cualquiera de los campos de número de teléfono. Número de Teléfono Dañado: entre el número de teléfono usado en el hogar del solicitante en el momento del desastre, incluso si el número está trabajando actualmente.
7. Número de Teléfono Actual: Escriba el número de teléfono actual donde el solicitante puede ser localizado. Número de Teléfono Alternativo / celular : ingrese un número de teléfono del trabajo o el número de teléfono de un amigo, pariente o vecino que FEMA pueda utilizar para dejar un mensaje para el solicitante. Nota: incluir el número de extensión (si está disponible).
8. Ingrese la dirección física completa en la que ocurrieron los daños. No escriba un P.O. o la dirección de correos.
9. Ingrese la Dirección de Correspondencia Actual. Puede o no puede ser la misma que la Dirección de la Vivienda Dañada o donde el solicitante está viviendo actualmente. La Dirección de Correspondencia puede ser una oficina de correos o la dirección de correo. Si es la misma que la Dirección de la Vivienda Dañada, marque la casilla "Igual que la Dirección Dañada".
10. Marque la causa de los daños (todas las que apliquen). Otras causas de daños pueden incluir explosión, sequía, y motín. Si tuvo daños adicionales a los de la vivienda (por ejemplo, el automóvil se inundó), por favor descríbalos en la sección de comentarios en la sección núm. 31.
11. Si el solicitante tiene daños en el hogar (por ejemplo, electricidad, calefacción, pisos, paredes, techos, y cimientos), marque "Si", si el daño es de origen desconocido, marque "Desconocido".
12. Si el solicitante tiene Daños a la Propiedad Personal (eje. enseres, ropa, y/o muebles) marque "Si".
13. Si los Servicios Públicos del solicitante no están funcionando, marque "Si". Servicios públicos pueden incluir alcantarillado, agua, gas, electricidad y / o calefacción.
14. Marque la localización actual en donde está viviendo el solicitante.
15. Marque el Tipo de residencia que fue dañada por el desastre (Casa de Remolque, Casa Móvil, Casa Sencilla/de varios Niveles, Apartamento, Condominio/Casa de hilera) Otro: puede incluir, por ejemplo, sin hogar o Vehículos de Recreación (RV) por sus siglas en inglés.
16. Si el solicitante ha vivido en la residencia por más de seis meses del año o el solicitante nombra la dirección como su dirección en la declaración de impuestos federales; o rinde una exención de vivienda; o el solicitante la utiliza como dirección de su registro de votante, marque "Si".
17. Si el solicitante es nombrado en la escritura, o el solicitante es responsable del mantenimiento de la residencia y paga los impuestos pero no paga renta, o el solicitante tiene derechos de ocupación de la vivienda de por vida y no posee el título legal de la casa, marque "Propietario". Marque "Inquilino" si el solicitante no cumple con ninguno de los criterios de propietario antes mencionados, incluso si el solicitante no paga alquiler.
18. Si la vivienda esta "Accesible" después del desastre, marque "Si". Inaccesible puede incluir la interrupción o la destrucción de rutas de transporte u otras obstrucciones que impiden al solicitante acceso a la vivienda afectada. Si el solicitante no puede entrar a la vivienda, determine si es "Debido al Desastre" o "Evacuación Obligatoria" y marque apropiadamente.
19. Liste los tipos de seguro que el solicitante sostuvo a la hora del desastre para la estructura y/o la propiedad personal; incluso, pero no limitado al desbordamiento de aguas usadas, terremoto. Incluya el Nombre de la Compañía de Seguros. Si no tiene seguro, marque "No tengo seguro para mi vivienda o propiedad personal".
20. Si el solicitante incurrió en gastos Médico, Dental, Funeral, y / o Mudanza y Almacenamiento relacionados al desastre, marque "Si". En la casilla "Nombre de la Compañía de Seguro", favor de proveer el nombre de la compañía de seguros del solicitante, en caso de tener seguro para alguno de estos gastos.
21. Escriba todos los vehículos para el hogar si todos fueron dañados por el desastre y marco "No" bajo "Seguro Abarcador". Escriba el año, marca y modelo. No ingrese información del vehículo, si un vehículo se puede conducir. No ingrese información del vehículo si marco "Si" bajo "Seguro Abarcador". Escriba "Si" si el vehículo está registrado. Escriba el nombre de la información de la compañía de seguros si el solicitante tiene seguro. Si necesita más espacio, utilice el espacio en el Artículo # 31.
22. En caso de que el solicitante incurra en "Otros Gastos", marque el tipo de gastos que le corresponde (eje. Compra de Generador, motosierra).
23. Si el solicitante tiene Necesidades de Emergencia (por ejemplo, alimentos, ropa, albergue), marque la casilla correspondiente al tipo de necesidad.
24. La pregunta se relaciona con Necesidades Especiales. El Acta para Americanos con Discapacidad (Americans with Disabilities Act o ADA) por sus siglas es Inglés, define una discapacidad como "un impedimento físico o mental que limita sustancialmente una o más de las actividades principales de la vida de dicho individuo." 42 USC 12102 (2) (A). Si el solicitante o algún miembro de la familia tiene una discapacidad y se vio afectado por el desastre, por favor marque todas las discapacidades que apliquen.
25. Entre la información para el solicitante y cualquier otra persona / dependientes que consideren la vivienda dañada su residencia principal al momento del desastre, ya sea que estén o no relacionados con el solicitante. Es importante que el número de Seguro Social del solicitante y del co-solicitante estén incluidos. Indique si son dependientes o no.
26. ¿ES SU INGRESO PRIMARIO EL TRABAJO POR CUENTA PROPIA? Marque adecuadamente. ¿Es dueño, representa algún negocio o posee una propiedad que genere ingresos de renta que fue dañada por el desastre? Marque adecuadamente.
27. Entre el Número de dependientes reclamados según se enumeran en la Declaración Federal de Impuestos del solicitante.
28. Entre el Ingreso bruto familiar combinado antes del desastre. (Esta es la cantidad total del ingreso antes de cualquier deducción, y podría incluir el salario neto, beneficios del seguro social, pensión o retiro, asistencia social, manutención de menores, acciones, intereses, anualidades, ahorros o la asistencia de familiares y amigos. Los Ingresos no incluyen cupones de alimentos o asistencia de Sección 8 provista por el Departamento de Vivienda y Desarrollo Urbano o HUD por sus siglas en Inglés. Marque la frecuencia de los pagos según corresponda (semanal, quincenal, semi-mensual, bimensual, trimestral o anual). Si no incluye el ingreso, marque la casilla correspondiente.
29. Si el solicitante desea que FEMA transfiera electrónicamente la asistencia a su cuenta corriente o de ahorros, marque "Si" al lado de Transferencia Electrónica de Fondos. Escriba el nombre de la Institución Bancaria del solicitante. Escriba los 9 dígitos del Número de Ruta (El número de Ruta es el número de 9 dígitos que aparece en la esquina inferior izquierda del cheque.) Indicar el Tipo de Cuenta del solicitante al marcar cuenta Cheques o Ahorro. Introduzca el Número de Cuenta del solicitante (El número de cuenta se puede encontrar en la parte inferior central de un cheque inmediatamente después del número de ruta, o bien puede encontrarse en estado de cuentas de su sección de cheques o ahorro.) NOTA: El nombre del solicitante debe estar en la cuenta.
30. Compruebe cómo el aspirante desea recibir la correspondencia. Correo postal o correo electrónico
31. Seleccione idioma que el solicitante desea recibir la correspondencia. Inglés o español
32. Si el solicitante desea recibir actualizaciones de estado a través de mensajes de texto. Confirmar alternativa de teléfonos celulares.
33. Solicitud de Cambio de Dirección para la Administración del Seguro Social.
34. Entre comentarios adicionales según sean necesarios.
35. Escriba el nombre del representante de FEMA que completó el formulario.

ACTA 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.

Para obtener o solicitar cambios en su registro por favor contacte a FEMA al P.O Box 10055 Hyattsville, MD 20782-8055. Usted tendrá que verificar su identidad y describir los registros que busca (por ejemplo, "mi solicitud por desastres y los registros relacionados..."). Usted también puede verificar el estado de su solicitud y actualizar su información llamando a la Línea de Ayuda de FEMA al 1-800-621-FEMA (1-800-621-3362) o en el sitio web de Asistencia por Desastre de FEMA (www.disasterassistance.gov).

AVISO DE LEY DE REDUCCION DE PAPELEO 009-0-2 (Solicitud en Papel)

La carga de informes públicos para este formulario está estimada a un promedio de 18 minutos por respuesta. El estimado de carga incluye el tiempo para revisar las instrucciones, buscar fuentes de información existentes, recopilar y mantener la información necesaria, y completar y someter el formulario. Esta recolección de información es requerida para obtener o retener beneficios. Usted no está requerido a responder a esta recolección de información a menos que un número válido de control de OMB aparezca en este formulario. Envíe comentarios con respecto a la precisión del estimado de carga y cualquier sugerencia para reducir la carga a: Information Collections Management, Department of Homeland Security, Federal Emergency Management Agency, 1800 South Bell Street, Arlington VA 20598-3005, Paperwork Reduction Project (1660-0002). **NOTA: NO ENVÍE SU FORMA COMPLETADA A ESTA DIRECCIÓN.**

No es necesario completar los campos en gris.