

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. 8/31/2022 (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		Número 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/Lluvia/Lluvia con Viento <input type="checkbox"/> Hielo/Nieve <input type="checkbox"/> Apagón Eléctrico/Relámpagos <input type="checkbox"/> Otro _____																																																																																																																				
11. Vivienda Dañada <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Desconocido			12. Propiedad Personal Dañada <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			13. Estuvo sin Servicios Públicos Esenciales <input type="checkbox"/> Sí <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"/> Sí <input type="checkbox"/> No				17. Es usted <input type="checkbox"/> Dueño <input type="checkbox"/> Inquilino				18. ¿Esta su vivienda accesible? <input type="checkbox"/> No, debido a la evacuación obligatoria <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No, debido al desastre																																																																																																												
19. Seguro de Vivienda/Propiedad Personal						20. Gastos Causados por el 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%;">Sí</th> <th style="width:10%;">NO</th> <th style="width:50%;">Sí 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	Sí	NO	Sí En caso de tener seguro ingrese el nombre de la Compañía	Médico				Dental				Funeral																																																																																						
Tipo de gasto	Sí	NO	Sí 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 causados por el 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 de cobertura total?</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>SÍ</th> <th>NO</th> <th>SÍ</th> <th>NO</th> <th>SÍ</th> <th>NO</th> <th>SÍ</th> <th>NO</th> <th colspan="2"></th> <th>SÍ</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 de cobertura total?		¿Seguro de Responsabilidad Pública?		Nombre Compañía de Seguros		¿Registrado?		Año	Marca	Modelo	SÍ	NO	SÍ	NO	SÍ	NO	SÍ	NO			SÍ	NO																																																																											
Información del Vehículo			¿Daños?		¿Manejable?		¿Seguro de cobertura total?		¿Seguro de Responsabilidad Pública?		Nombre Compañía de Seguros		¿Registrado?																																																																																																							
Año	Marca	Modelo	SÍ	NO	SÍ	NO	SÍ	NO	SÍ	NO			SÍ	NO																																																																																																						
22. Como resultado del desastre, ¿tiene costos nuevos o adicionales de cuidado infantil o su ingreso familiar disminuyó, aumentando su carga financiera para pagar por el cuidado infantil? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No						23. Necesidades de Emergencia <input type="checkbox"/> Gas, medicación, o comida <input type="checkbox"/> Abrigo <input type="checkbox"/> Ropa <input type="checkbox"/> Equipo médico duradero																																																																																																														
24. ¿Usted o alguien en su hogar utiliza algún tipo de equipo o asistencia para la movilidad tales como una silla de ruedas, un andador, un aparato auditivo, un equipo de comunicación, un animal de servicio, un asistente de cuidado personal, u otros equipos o servicios similares medicamente relacionados que asistan con discapacidades o actividades de la vida diaria? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO																																																																																																																				
Si respondió Sí, seleccione todos los que apliquen:																																																																																																																				
Movilidad:		Cognitiva/Discapacidad del Desarrollo/Salud Mental:		Escuchar o Hablar:		Visión:		Otro: _____																																																																																																												
<input type="checkbox"/> Silla de ruedas	<input type="checkbox"/> Asistente de Cuidado Personal	<input type="checkbox"/> Asistente de Cuidado Personal	<input type="checkbox"/> Otro _____	<input type="checkbox"/> Aparato auditivo	<input type="checkbox"/> TDD/TTY	<input type="checkbox"/> Espejelos	<input type="checkbox"/> Braille u otro tipo de equipo de comunicación																																																																																																													
<input type="checkbox"/> Andador		<input type="checkbox"/> Intérprete de lenguaje de señas		<input type="checkbox"/> Mensaje de texto y/u otro equipo de comunicación		<input type="checkbox"/> Bastón	<input type="checkbox"/> Animal de servicio																																																																																																													
<input type="checkbox"/> Bastón						<input type="checkbox"/> Lupa																																																																																																														
<input type="checkbox"/> Elevador																																																																																																																				
25. Ocupantes viviendo en la residencia principal al momento del desastre																																																																																																																				
Apellido				Primer Nombre		Inicial		Relación		Número de Seguro Social (Favor de Escribir primero el NSS del Solicitante)		Edad		¿Dependiente? Sí NO																																																																																																						
26. Daños al Negocio ¿Es su ingreso primario el trabajo por cuenta propia? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO ¿Es dueño, representa algún negocio o posee una propiedad que genere ingresos de renta que fue dañada por el desastre? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO																																																																																																																				
27. Número de dependientes reclamados _____						29. Transferencia electrónica de fondos <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO																																																																																																														
28. Ingreso bruto familiar combinado antes del desastre \$ _____ <input type="checkbox"/> Ingresos/Se niega a contestar						Nombre del Banco: _____																																																																																																														
<input type="checkbox"/> Semana <input type="checkbox"/> Quincenal <input type="checkbox"/> Semi-Mensual <input type="checkbox"/> Trimestral <input type="checkbox"/> Anual						Tipo de Cuenta: <input type="checkbox"/> Cheques <input type="checkbox"/> Ahorro Número de Ruta _____ (9 dígitos)																																																																																																														
						Número de Cuenta: _____																																																																																																														
30. ¿Usted prefiere recibir notificación a través del correo postal o correo electrónico? <input type="checkbox"/> Correo Postal <input type="checkbox"/> Correo electrónico						31. ¿En qué idioma desea recibir la correspondencia? <input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Español																																																																																																														
32. ¿Le gustaría recibir actualizaciones adicionales por mensajes de texto SMS? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO																																																																																																																				
33. Solicitud de Cambio de Dirección para la Administración de Seguro Social ¿Cuándo usted quiere que este cambio sea efectivo? _____ Hacer el cambio efectivo a _____																																																																																																																				
34. El daño a nivel de hogar o propiedad personal: <input type="checkbox"/> Daños menores, pero capaz de vivir a casa. <input type="checkbox"/> El daño al Hogar/Propiedad personal requieren reparaciones mayores. No puedo vivir en casa. <input type="checkbox"/> Mi casa fue destruida. <input type="checkbox"/> Desconocido																																																																																																																				

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, inclúyelo 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 "Sí" 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. Si el solicitante tiene costo de cuidado infantil nuevo o adicional, o los ingresos familiares reducidos y está causando una carga financiera para pagar cuidado infantil comprobar si.
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 en 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. Seleccione el nivel de daño que mejor se adapte a la situación del solicitante.
35. Ingrese cualquier comentario.
36. Ingrese el nombre del representante de FEMA completando el formulario.

ACTA DE PRIVACIDAD

AUTORIDAD: FEMA recopila, usa, mantiene, recupera y diseña los registros dentro de este sistema bajo la autoridad de la Ley de Asistencia de Emergencia y Asistencia de Desastre de Robert T. Stafford (Ley Stafford), Pub. L. No. 93-288, según enmendada (42 U.S.C. §§ 5121-5207); 6 USC. §§ 776-77, 795; La Ley de Mejoramiento de la Recaudación de Deudas de 1996, 31 U.S.C. §§ 3325 (d), 7701 (c) (1); La Ley de Rendimiento y Resultados del Gobierno, Pub. L. No. 103-62, según enmendada; Plan de Reorganización No. 3 de 1978; La Orden Ejecutiva 13411, 'Mejora de la Asistencia para las Víctimas de Desastres', 29 de agosto de 2006; Y la Orden Ejecutiva 12862 'Estableciendo Normas de Servicio al Cliente', 11 de septiembre de 2003, como se describe en este aviso.

PROPÓSITO PRINCIPAL: Esta información se recopila con el propósito primordial de determinar la elegibilidad y administrar asistencia financiera bajo un desastre declarado por el Presidente. Además, la información puede ser revisada internamente dentro de FEMA con fines de aseguramiento de la calidad y utilizada para evaluar el servicio al cliente de FEMA a los solicitantes de asistencia por desastre. FEMA recopila el número de seguro social (SSN) para verificar la identidad de un solicitante y para evitar la duplicación de beneficios.

USO RUTINARIO: FEMA puede compartir la información personal de ciudadanos estadounidenses y residentes permanentes legales contenidos en los archivos de ayuda de desastres fuera de FEMA como generalmente permitieron bajo 5 U.S.C. § 552a(b) de la ley de privacidad de 1974, según enmendada. FEMA puede compartir los datos personales de los no ciudadanos, en la medida permitida por las siguientes evaluaciones de impacto de privacidad: DHS/FEMA/Pia-012(a) Desastre ayuda mejora llano (DAIP) (16 de noviembre de 2012); DHS/FEMA/PIA-027 nacional emergencia sistema de información gerencial - módulos basados en la Web y cliente de asistencia individual (NEMIS-IA) (29 de junio de 2012); Sistema de grabación de aseguramiento de calidad DHS/FEMA/PIA-015 (15 de agosto de 2014). Esto incluye compartir su información personal con la federal, estatal, tribal, agencias locales y organizaciones voluntarias para permitir a individuos recibir asistencia para desastres adicionales, para evitar la duplicación de sus beneficios, o de FEMA recuperar fondos de desastre recibidos erróneamente, pasó indebidamente, o a través de fraude como necesario y autorizado por usos rutinarios publicado en FEMA/DHS-008 desastres recuperación ayuda archivos aviso de sistema de registros, 78 Fed. REG 25.282 (Apr.30, 2013) y a solicitud por escrito, como exige la ley o acuerdo.

CONSECUENCIAS DE NO PROVEER INFORMACIÓN: La revelación de información, incluyendo el SSN, en este formulario es voluntaria; Sin embargo, el no proporcionar la información solicitada puede retrasar o impedir que el individuo reciba asistencia por desastre.

AVISO DE DIVULGACIÓN SOBRE LA CARGA DE PAPEL 009-0-2 (Solicitud en Papel)

La carga de presentación de informes públicos para este formulario se estima en 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 colección de información a menos que un número de control válido OMB se muestre en este formulario. Envíe sus comentarios con respecto a la exactitud del estimado de carga y cualquier sugerencia para reducir la carga a: Information Collections Management, Department of Homeland Security, Federal Emergency Management Agency, 500 C St. SW, Washington, DC 20472-3100, Paperwork Reduction Project (1660-0002). **NOTA: No envíe su formulario completado a esta dirección.**

No es necesario completar los campos en gris.