**Narrative of Changes Table**

*The purpose of the Narrative of Changes Table is to demonstrate changes to a collection since the previous approval.*

Collection Title: Disaster Assistance Registration

OMB Control No.: 1660 – 0002

Current Expiration Date: 8/31/2022

Collection Instrument(s):

FEMA Form 009-0-2 (Spanish) Paper, Registro para Asistencia por Desastre

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Location** | **Current version** | Proposed Revision | Justification |
| **1.** | Nombre del Solicitante (Apellido, Nombre, Inicial)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | **Prefix**  □ Sr.  □ Sra. | Added to match Tele-registration/Internet RI script. Appropriate title is necessary to properly address correspondence. |
| **2.** | Idioma\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Nombre del Solicitante (Apellido, Nombre, Inicial)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Question order adjusted. |
| **3.** | Fecha de Nacimiento\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | **Idioma\_\_\_\_\_\_\_\_\_** | Question order adjusted. |
| **4.** | Número de Seguro Social\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Núm. de Seguro Social\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Question order adjusted. |
| **5.** | **Dirección de Correo Electrónico**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | **Fecha de Nacimiento\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** | Question order adjusted. |
| **6.** | Número de Teléfono de la Propiedad Dañada\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **Teléfono** **Alterno**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | **Dirección de Correo Electrónico**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Question order adjusted. |
| **7.** | **Número de Teléfono Actual**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  **Núm. Celular o Alterno**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Nota:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | **¿Tiene usted una discapacidad o necesidad para comunicarse que requiera un acomodo para interactuar con el personal de FEMA y/o para acceder los programas de FEMA?**  □ Si □ No  **Si respondió Sí, ¿qué usted necesita?** (seleccione todas las que apliquen)   * Interprete de lenguaje de señas * Traducción en Tiempo-real para el Acceso a la Comunicación (CART, por sus siglas en inglés) * Mensajes de Texto para comunicarse * Dispositivo de asistencia auditiva * Braille * Documento en letras grandes * Asistencia Cara a Cara (lector o escritor) * Acceso para silla de ruedas * Otro idioma diferente al inglés   + Español   + Árabe – العربية   + Haitiano – Kreyòl Ayisyen   + Ruso – Русский   + Vietnamita – Tiếng Việt   + Samoano – **Sāmoa**   + Mandarín – 中文   + Otro\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ * Otro\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Accommodation question added per OER/ODIC to capture applicants with disabilities or people with limited English proficiency who may self-identify and need additional assistance accessing FEMA programs. |
| **8.** | Dirección de la Vivienda Dañada\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Núm.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Calle\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Apto/Lote\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Ciudad\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Estado\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Código Postal\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Condado\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | **¿Usted o alguien en su hogar tiene una discapacidad que afecte su habilidad para realizar actividades del diario vivir o requiere un dispositivo de asistencia? (NOTA: Un dispositivo de asistencia puede incluir un sillón de ruedas, andador, bastón, aparato auditivo, dispositivo de comunicación, animal de servicio, asistente de cuidado personal, oxigeno, diálisis, etc.)**  □ Si □ No  **Si respondió Sí, seleccione todas las que apliquen:**  □ Movilidad  □ Cognitiva/Discapacidad del Desarrollo/Salud Mental  □ Escuchar/Hablar  □ Visión  □ Autocuidado  □ Vida Independiente □ Otro\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ □ Prefiere No Contestar | Disability-related questions revised per OER/ODIC at an attempt at clarity and to provide more comprehensive response options. Question order adjusted. |
| **9.** | Dirección Postal  * Igual a la Dirección de la Vivienda Dañada   Núm.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Calle\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Apto/Lote\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Ciudad\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Estado\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Código Postal\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | **¿Usted tenía algún dispositivo de asistencia relacionado con la discapacidad o algún equipo/ suministro/ servicio de apoyo requerido medicamente que se dañó, destruyó, perdió, o se interrumpió debido al desastre?**  □ Si □ No  **Si respondió Sí, seleccione todas las que apliquen:**   * Silla de ruedas manual/eléctrica * Scooter * Prótesis * Oxígeno/equipo respiratorio * Equipo médico que depende de la electricidad * Dispositivo de asistencia tecnológica para escuchar o ver, como un aparato auditivo, programa para agrandar la pantalla, etc. * Dispositivos para el cuidado personal como asiento para la ducha, silla con inodoro, grúa de traslado, o sillón elevador * Dispositivo de control o alerta ambiental * Van o vehículo adaptable * Andador/bastón/muletas * Medicamentos o suministros médicos, incluyendo pañales y catéteres para adultos * Animal de servicio * Servicio de asistencia personal/ cuidado en el hogar * Diálisis * Otro\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Disability-related questions revised per OER/ODIC at an attempt at clarity and to provide more comprehensive response options. Question order adjusted. |
| **10.** | Causa de Daños  * Terremoto * Tornado Viento * Fuego/Humo/Hollín/Ceniza * Filtración * Inundación * Desbordamiento de Aguas Usadas * Granizo/Lluvia/Lluvia con Viento * Hielo/Nieve * Apagón Eléctrico/Relámpagos * Otro\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Núm. de Teléfono de la Vivienda Dañada\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **Núm. Teléfono Móvil**\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Question order adjusted. Question re-worded to match Tele-registration/Internet RI script. |
| **11.** | Vivienda Dañada □ Sí □ No □ Desconocido | **Núm. de Teléfono Actual**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  **Núm. de Teléfono Alterno\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **Nota:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** | Question order adjusted. Question re-worded to match Tele-registration/Internet RI script. |
| **12.** | Propiedad Personal Dañada □ Sí □ No | Dirección de la Vivienda Dañada\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Núm.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Calle\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Apto/Lote\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Ciudad\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Estado\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Código Postal\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Condado\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Question order adjusted. Question re-worded to match Tele-registration/Internet RI script. |
| **13.** | Estuvo sin Servicios Públicos Esenciales □ Sí □ No | Es usted: □ Dueño □ Inquilino | Question order adjusted. |
| **14.** | Localización Actual □ Residencia Principal  □ Hotel/Motel  □ Familia/Amistades  □ Albergue Público  □ Otro\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Dirección Postal  * Igual a la Dirección de la Vivienda Dañada   Núm.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Calle\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Apto/Lote\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Ciudad\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Estado\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Código Postal\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Question order adjusted. |
| **15.** | Tipo de Residencia  * Casa Rodante/Remolque * Casa Móvil * Casa Sencilla/de varios Niveles * Apt. * Condomino/Casa de Hilera * Otro\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Tipo de Daño□ Inundación□Huracán/Granizo/Luvia/Lluvia Impulsada por el Viento□ Apagón Eléctrico/Relámpagos□ Filtración□ Desbordamiento de Aguas Usadas□ Tornado/Viento□ Terremoto□ Fuego/Flujo de Lava /Ceniza□ Hielo/Nieve □ Otro\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Question order adjusted. Question re-worded to match Tele-registration/Internet RI script. |
| **16.** | Residencia Principal □ Sí □ No | ¿Vivienda Dañada? □ Si □ No □ Desconocido | Question order adjusted. |
| **17.** | Es usted □ Dueño □ Inquilino | ¿Propiedad Personal Dañada (no incluyendo vehículos)? □ Si □ No □ Desconocido | Question order adjusted. Question re-worded to match Tele-registration/Internet RI script. |
| **18.** | ¿Esta su vivienda accesible?  * Sí * No, debido a la evacuación obligatoria * No, debido al desastre | ¿Utilidades fuera de servicio por 5 días o más? □ Si □ No | Question order adjusted. Question re-worded to match Tele-registration/Internet RI script. |
| **19.** | **Seguro de Vivienda/Propiedad Personal**  Tipo de Seguro\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Nombre de la Compañia de Seguro\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_   * No tengo seguro para mi vivienda o propiedad personal | ¿Gasto nuevo o adicional para el cuido de niño debido al desastre?  □ Si □ No | Question order adjusted. Question re-worded to match Tele-registration/Internet RI script. |
| **20.** | Gastos Causados por el Desastre (no cubiertos por el seguro o no asegurables)  Tipo de gasto  Médico  Dental  Funeral  Sí\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  NO\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Sí En caso de tener seguro ingrese el nombre de la Compañia\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Nivel de daño al hogar o propiedad personal:  □ Daños menores, pero capaz de vivir en la casa.  □ Daño al Hogar/Propiedad Personal y puede que no sea capaz de vivir en la casa.  □ El daño al Hogar/Propiedad Personal requieren reparaciones mayores. No puedo vivir en la casa.  □ La casa fue destruida  □ Desconocido | Question order adjusted. |
| **21.** | Daños al vehículo causados por el desastre  Información del Vehículo  Año\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Marca\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Modelo\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  ¿Daños?  Sí\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  NO\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  ¿Manejable?  Sí\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  NO\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  ¿Seguro de cobertura total?  Sí\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  NO\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  ¿Seguro de Responsabilidad Pública?  Sí\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  NO\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Nombre Compañia de Seguros\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  ¿Registrado?  Sí\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  NO\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | ¿Localización Actual? □ Mi Hogar  □ Familia/Amigos  □ Hotel/Motel  □ Albergue  □ Iglesia/Casa de Adoración  □ Sin Hogar  □ Unidad Otorgada por FEMA  □ Nuevo Alquiler Permanente  □ Nuevo Alquiler Temporero  □ Nuevo Hogar Comprado  □ Lugar de Empleo  □ RV/Remolque  □ Residencia Secundaria  □ Mi Vehículo  □ Carpa | Question order adjusted. Question re-worded to match Tele-registration/Internet RI script. |
| **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?  □ Sí □ No | ¿Tipo de Vivienda? □ Casa Individual/Dúplex  □ Casa Móvil  □ Hilera de Casas (Townhouse)  □ Condominio  □ Apartamento  □ Casa Rodante  □ Institución de Vida Asistida  □ Bote  □ Dormitorio Universitario  □ Facilidad Correccional  □ Vivienda Militar  □ Otro\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Question order adjusted. Question re-worded to match Tele-registration/Internet RI script. |
| **23.** | Necesidades de Emergencia □ Gas, medicación, o comida  □ Abrigo  □ Ropa  □ Equipo médico duradero | ¿Residencia Principal? □ Si □ No | Question order adjusted. |
| **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?  □ Sí □ No  Si respondió Sí, seleccione todos los que apliquen:  Movilidad:   * Silla de ruedas * Andador * Bastón * Elevador * Asistente de Cuidado Personal   Cognitiva/Discapacidad del Desarrollo/Salud Mental:   * Asistente de Cuidado Personal * Otro\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_   Escuchar o Hablar   * Aparato auditivo * Interprete de lenguaje de señas * TDD/TTY * Mensaje de texto y/u otro equipo de comunicación   Visión:   * Espejuelos * Bastón * Animal de servicio * Lupa * Braille u otro tipo de equipo de comunicación * Otro:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | ¿Actualmente puede llegar a su hogar? □ Si  □ No, debido a la evacuación obligatoria  □ No, debido a los daños a carreteras y puentes en el área | Question order adjusted. Question re-worded to match Tele-registration/Internet RI script. |
| **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\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | **Seguro de Vivienda/Propiedad Personal**  Tipo de Seguro\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Nombre de la Compañía de Seguro\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ □ No tengo seguro para mi vivienda o propiedad personal | Question order adjusted. |
| **26.** | Daños al Negocio ¿Es su ingreso primario el trabajo por cuenta propia?  □ Sí □ NO  ¿Es dueño, representa algún negocio o posee una propiedad que genere ingresos de renta que fue dañada por el desastre?  □ Sí □ NO | Gastos Relacionado al Desastre (no asegurados o que no se pueden asegurar)  Tipo de Gasto  Médico  Dental  Funeral  Si\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  No\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Nombre de la Compañía de Seguro (si está asegurado) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Question order adjusted. Question re-worded to match Tele-registration/Internet RI script. |
| **27.** | Número de dependientes reclamados\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Daño al Vehículo Relacionado al Desastre  Información del Vehículo  Año\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Marca\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Modelo\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  ¿Daños?  SI\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  NO\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  ¿Manejable?  SI\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  NO\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  ¿Seguro Contra Todo Riego?  SI\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  NO\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  ¿Seguro de Responsabilidad Pública?  SI\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  NO\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Nombre Compañía de Seguros\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  ¿Registrado?  SI\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  NO\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Question order adjusted. Question re-worded to match Tele-registration/Internet RI script. |
| **28.** | Ingreso bruto familiar combinado antes del desastre  $\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  □ Semana  □ Quincenal  □ Semi-Mensual  □ Trimestral  □ Anual  □ Ingresos/Se niega a contestar | Necesidades de Emergencia □ Comida, medicamento, equipo médico duradero, o gasolina  □ Albergue  □ Ropa | Question order adjusted. Question re-worded to match Tele-registration/Internet RI script. |
| **29.** | Transferencia electrónica de fondos □ Sí □ NO  Nombre del Banco: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Tipo de Cuenta:  □ Cheques  □ Ahorro  □ Número de Ruta\_\_\_\_\_(9 dígitos)  Número de Cuenta:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Personas viviendo en su hogar al momento del desastre  Apellido\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Primer Nombre\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Inicial\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Relación\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Número de Seguro Social (Solicitante y Co- Solicitante solamente) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Edad\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Question order adjusted. Question re-worded to match Tele-registration/Internet RI script. |
| **30.** | ¿Usted prefiere recibir notificación a través del correo postal o correo electrónico?   * Correo Postal * Correo electrónico | Daños al Negocio ¿La fuente de ingreso familiar es el empleo por cuenta propia?  □ Si □ No  ¿Es dueño de un negocio o renta una propiedad que fue afectada por el desastre?  □ Si □ No | Question order adjusted. Question re-worded to match Tele-registration/Internet RI script. |
| **31.** | ¿En qué idioma desea recibir la correspondencia?  □ Inglés □ Español | Núm. de Dependientes (usted incluido) \_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Question order adjusted. Question re-worded to match Tele-registration/Internet RI script. |
| **32.** | ¿Le gustaría recibir actualizaciones adicionales por mensajes de texto SMS?  □ Sí  □ NO | **Ingreso familiar antes de que los impuestos sean deducidos $\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  □ Ingreso no disponible | Question order adjusted. Question re-worded to match Tele-registration/Internet RI script. |
| **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\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Transferencia electrónica de fondos □ Si □ No  Nombre del Banco/Institución Financiera:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Tipo de Cuenta:  □ Cheques  □ Ahorro  □ Núm. de Ruta\_\_\_\_\_(9 dígitos)  Núm. de Cuenta:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Question order adjusted. Question re-worded to match Tele-registration/Internet RI script. |
| **34.** | El daño a nivel de hogar o propiedad personal:  □ Daños menores, pero capaz de vivir a casa.  □ El daño al Hogar/Propiedad Personal y puede que no sea capaz de vivir en mi casa.  □ El daño al Hogar/Propiedad personal requieren reparaciones mayores. No puedo vivir en casa.  □ Mi casa fue destruida.  □ Desconocido | ¿Idioma para la correspondencia?  □ Inglés □ Español | Question order adjusted. Question re-worded to match Tele-registration/Internet RI script. |
| **35.** | Comentarios\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | ¿Correo postal tradicional o notificaciones electrónicas?   * Correo Postal * Correo electrónico | Question order adjusted. Question re-worded to match Tele-registration/Internet RI script. |
| **36.** | **Representante de FEMA**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | ¿Recibir actualizaciones por mensaje de texto?  □ Si □ No  **Núm. de Teléfono Móvil**: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  **¿Está de acuerdo con los términos para los mensajes de texto?**  □ Si □ No | Question order adjusted. Question re-worded to match Tele-registration/Internet RI script. |
| **37.** |  | Comentarios\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Question order adjusted. |
| **38.** |  | **Representante de FEMA**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Question order adjusted. |
| **Page 2. Instructions** | **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 moment**  **del desastre, incluse 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 Alterno/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 'Sí', 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 "Sí". Servicios públicos pueden incluir alcantarillado, agua, gas, electricidad y/o calefacción.**  **14. Marque la localización actual en donde esta 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 "Sí". 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 Medico, Dental, Funeral, y/o Mudanza y Almacenamiento relacionados al desastre, marque "Sí". En la casilla "Nombre de la Compañia 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 "Sí" 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 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 "Sí" 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 numero 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.** | 1. **Seleccione *Sr.* o *Sra.* para dirigirse apropiadamente en la correspondencia.** 2. **Escriba el apellido, primer nombre, y la inicial del segundo nombre del solicitante. Si aplica, escriba *JR*, *SR*, *III*, etc. luego del apellido. Si la solicitud es SOLO para un Negocio, escriba el nombre del dueño o representante (no el nombre del negocio). Si la solicitud es SOLO por un Funeral, escriba el nombre de la persona responsable por los gastos funerarios.** 3. **Escriba el idioma que el solicitante habla. Si el solicitante habla Inglés, déjelo en blanco.** 4. **Escriba el Número de Seguro Social (SSN, por sus siglas en inglés) del solicitante. Si el solicitante no tiene SSN, pero tiene un hijo dependiente con SSN, escriba el SSN y la información de su hijo en los encasillados 1 al 6. Si la solicitud es SOLO para un Negocio, escriba el SSN de la persona responsable, para que sea utilizado solo como un identificador. Si la solicitud es SOLO por un Funeral, escriba el SSN de la persona responsable de los gastos funerarios.** 5. **Escriba la fecha de nacimiento del solicitante.** 6. **Si está disponible, escriba el correo electrónico del solicitante.** 7. **Acomodo o asistencia puede incluir, pero no se limita a, interprete de lenguaje de señas, Braille, documento en letras grandes, formato electrónico accesible, o materiales en otro idioma diferente al inglés. Los programas de FEMA pueden incluir, pero no se limita a, inspección del hogar, reuniones con la comunidad, acceso a los Centros de Recuperación por Desastre, o acceso a una vivienda temporera (si es elegible). Seleccionar *Si* o *No*. Si respondió Sí, seleccione todas las necesidades que apliquen.** 8. **La Ley para Personas con Discapacidades (ADA, por sus siglas en inglés) define discapacidad como "un deterioro físico o mental que limita considerablemente una o más de las actividades vitales de un individuo." *42 USC 12102(2) (A)*. Si el solicitante o miembro de la familia tiene una discapacidad, seleccione *Si*. Si respondió Sí, seleccione todas las que apliquen o Prefiere no Contestar.** 9. **Si el solicitante o miembro de la familia tiene algún equipo de asistencia relacionado a una discapacidad o un equipo/ suministro/ servicio de apoyo requerido medicamente que se dañó, destruyó, perdió, o se interrumpió debido al desastre, por favor seleccione *Si* y marque todas las que apliquen.** 10. ***Número de Teléfono de la Vivienda Dañada*: Comenzando con el código de área, escriba el número de teléfono utilizado en la vivienda dañada al momento del desastre, incluso si el número no está funcionando actualmente. Si no había teléfono en la vivienda al momento del desastre, escriba un número de teléfono móvil o el número de teléfono alterno. *Número de Teléfono Móvil*: Si aplica, escriba el número de teléfono móvil del solicitante.** 11. ***Número de Teléfono Actual*: Escriba el número de teléfono actual donde el solicitante puede ser contactado. *Número de Teléfono Alterno*: Si aplica, escriba el número de teléfono alterno donde FEMA puede contactar o dejar un mensaje al solicitante. Utilice el encasillado Nota si es necesaria una información específica de contacto (por ejemplo, número de teléfono de un miembro de la familia, vecino, ministro, etc.).** 12. **Escriba la dirección física completa exactamente como aparece en el recibo de la utilidad esencial pública. No utilice ninguna abreviación, no escriba el símbolo # y no escriba un PO Box o una dirección de entrega general.** 13. **Si el nombre del solicitante está en la escritura, o el solicitante se encarga del mantenimiento de la Vivienda, no paga renta y paga impuestos (si aplica) o tiene derechos de residencia de por vida mientras no tiene un título legal de la vivienda, seleccione *Dueño*. Seleccione *Inquilino* si el solicitante no cumple con los requisitos para ser dueño, inclusive si no paga renta.** 14. **Si aplica, seleccione *Igual a la Dirección de la Vivienda Dañada*. Si es diferente, escriba la dirección donde el solicitante actualmente recibe la correspondencia. Puede utilizar un PO Box o una dirección de entrega general.** 15. **Seleccione todos los daños que apliquen. *Otro* puede incluir explosión, sequía, motín, etc.** 16. **Seleccione *Sí* en caso de que la vivienda del solicitante fue dañada por el desastre. Seleccione *No* en caso de que no hay daño a la vivienda del solicitante o si la solicitud es SOLO para Negocio, Transportación, o Funeral. Seleccione *Desconocido* si el solicitante no está seguro del daño a la vivienda.** 17. **Seleccione *Sí* en caso de que el solicitante tuvo daño a la propiedad personal (por ejemplo, enseres, ropa, y/o muebles). Seleccione *No* en caso de que no haya daño a la propiedad personal del solicitante, o si la solicitud es SOLO para Negocio, Transportación, o Funeral. Seleccione *Desconocido* si el solicitante no está seguro del daño a la propiedad personal.** 18. **Seleccione *Sí* en caso de que el solicitante haya estado sin los servicios esenciales públicos por al menos 5 días. Seleccione *No* en caso de que el solicitante tenga los servicios esenciales públicos o estuvo menos de 5 días sin ellos.** 19. **Seleccione *Sí* en caso de que al solicitante le aumentara la carga financiera debido a gastos nuevos o adicionales por el cuido para niños. Seleccione *No* en caso de que el solicitante no tenga gastos o no le aumentaron los gastos por el cuido para niños.** 20. **De las siguientes alternativas, seleccione la opción que mejor describe el nivel de daño causado por el desastre al hogar y/o propiedad personal del solicitante.** 21. **Seleccione la localización actual de dónde está viviendo o quedándose el solicitante.** 22. **Seleccione el tipo de vivienda por la cual el solicitante está solicitando.**      1. **Seleccione *Sí* en caso de que la vivienda afectada es la residencia principal del solicitante (donde vive más de 6 meses al año, es la dirección en la Declaración de Impuestos Federales, o reclama una exención de vivienda en esta dirección). Seleccione *No* en caso de que la vivienda afectada es una residencia secundaria, una casa vacacional, o si la aplicación es SOLO para un Negocio, Transportación, o Funeral.** 2. **Seleccione *Sí* en caso de que la vivienda no tiene el acceso restringido, o si la solicitud es SOLO para un Negocio, Transportación, o Funeral. Seleccione *No, debido a la evacuación obligatoria* en caso de que la vivienda es inaccesible debido a una evacuación obligatoria. Seleccione *No, debido a los daños a carreteras y puentes en el área* en caso de que la vivienda es inaccesible debido al daño causado por el desastre.** 3. **Escriba todos los tipos de seguro que el solicitante tenía al momento del desastre para su hogar y/o propiedad personal incluyendo, pero no limitándose a desbordamiento de aguas usadas, terremoto, y/o inundación, y el nombre de la compañía de seguro. Seleccione *No tengo seguro para mi vivienda o propiedad personal* si no tenía cobertura de seguro para las pérdidas en el hogar o la propiedad personal.** 4. **Si el solicitante tuvo gasto médico, dental, y/o funeral no asegurados o que no se podían asegurar como resultado directo del desastre, seleccione *Sí* por cada categoría de gasto aplicable. Si el solicitante tenía seguro para el gasto, escriba el nombre de la compañía de seguro.** 5. **Escriba todos los vehículos propiedad del solicitante o de cualquier persona en el hogar. *Año*: Escriba el año en el que el vehículo fue fabricado. *Marca*: Escriba la marca del vehículo. *Modelo*: Escriba el modelo del vehículo. *Dañado:* Seleccione *Sí* o *No* para indicar si el vehículo fue dañado por el desastre (si desconoce, seleccione *No*). *Manejable:* Seleccione *Sí* o *No* para indicar si el vehículo es manejable actualmente (si desconoce, seleccione *No*). *Seguro Contra Todo Riesgo*: Seleccione *Sí* o *No* para indicar si el vehículo está cubierto por un seguro contra todo riesgo. *Seguro de Responsabilidad Pública*: Seleccione *Sí* o *No* para indicar si el vehículo está cubierto por un seguro de responsabilidad pública. Si el vehículo está cubierto por un seguro contra todo riesgo o de responsabilidad pública, escriba el nombre de la compañía de seguro. *Registrado*: Seleccione *Sí* o *No* para indicar si el vehículo está registrado actualmente.** 6. **Seleccione cada necesidad de emergencia (artículos esenciales para la vida diaria). La necesidad de emergencia no incluye alimentos almacenados.** 7. **Escriba la información del solicitante y de todas las personas quienes consideren la vivienda como su residencia principal al momento del desastre, inclusive si ellos no están relacionados al solicitante. Si aplica, solo incluya el SSN para el solicitante y el co-solicitante.** 8. **Seleccione *Sí* o *No* para indicar si la fuente principal de ingreso del hogar es el trabajo por cuenta propia. Seleccione *Sí* o *No* para indicar si el solicitante es dueño o representa un negocio, o renta una propiedad que fue afectada por el desastre.** 9. **Escriba el número de dependientes, incluyendo al solicitante y a los que incluyó como dependientes en la Declaración de Impuestos Federal.** 10. **Escriba el ingreso familiar bruto antes del desastre (el ingreso familiar total antes de que cualquier deducción sea restada, incluyendo ingreso por asistencia social, manutención por hijos, acciones, intereses, y/o pensiones. NO incluya cupones de alimentos o asistencia de Sección 8 HUD). Si el solicitante está “viviendo de sus ahorros, familia, o amigos”, escriba la cantidad aproximada que recibe al año.** 11. **Si el solicitante es encontrado elegible para asistencia de FEMA y le gustaría que los fondos sean depositados directo a su cuenta de banco, seleccione Sí. Si respondió Sí, escriba el nombre de la institución financiera del solicitante, los 9 dígitos del número de ruta (los 9 dígitos que aparecen en la parte inferior derecha de un cheque), el tipo de cuenta, y el número de cuenta del solicitante (se encuentran inmediatamente después del número de ruta). NOTA: El nombre del solicitante tiene que estar en la cuenta.** 12. **Seleccione el idioma en el cual el solicitante prefiere recibir la correspondencia de FEMA.** 13. **Seleccione la forma de comunicación por la cual el solicitante prefiere recibir la correspondencia de FEMA.** 14. **Mensajes de texto es un servicio opcional. Seleccione *Sí* en caso de que el solicitante quiera recibir alertas de estatus a través de mensajes de texto, en adicción al correo electrónico o postal. Si respondió *Sí,* escriba el número de teléfono móvil en el cual el solicitante le gustaría recibir los mensajes de texto. Seleccione *Sí* o *No* para indicar si el solicitante está de acuerdo con los términos para los mensajes de texto (los mensajes de texto de FEMA no remplazan el correo electrónico o postal; el número de mensaje de texto de FEMA es 4FEMA [43362]*. Por favor note que usted también puede recibir un mensaje de texto de un inspector de FEMA para coordinar una cita para su inspección; Pueden aplicar cargos estándares por mensajes de texto.).*** 15. **Escriba cualquier comentario.** 16. **Escriba el nombre del representante de FEMA que completó esta forma.** | Instructions updated to reflect question updates. |