

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 <input type="checkbox"/> Sr. <input type="checkbox"/> 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? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Si respondió Sí, ¿qué usted necesita? (seleccione todas las	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.

		<p>que apliquen)</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Interprete de lenguaje de señas <input type="checkbox"/> Traducción en Tiempo-real para el Acceso a la Comunicación (CART, por sus siglas en inglés) <input type="checkbox"/> Mensajes de Texto para comunicarse <input type="checkbox"/> Dispositivo de asistencia auditiva <input type="checkbox"/> Braille <input type="checkbox"/> Documento en letras grandes <input type="checkbox"/> Asistencia Cara a Cara (lector o escritor) <input type="checkbox"/> Acceso para silla de ruedas <input type="checkbox"/> Otro idioma diferente al inglés <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Árabe – العربية <input type="checkbox"/> Haitiano – Kreyòl Ayisyen <input type="checkbox"/> Ruso – Русский <input type="checkbox"/> Vietnamita – Tiếng Việt <input type="checkbox"/> Samoano – Sāmoa <input type="checkbox"/> Mandarín – 中文 <input type="checkbox"/> Otro _____ <input type="checkbox"/> Otro _____ 	
8.	<p>Dirección de la Vivienda Dañada _____ Núm. _____ Calle _____ Apto/Lote _____ Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____ Condado _____</p>	<p>¿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</p>	<p>Disability-related questions revised per OER/ODIC at an attempt at clarity and to provide more comprehensive response options. Question order adjusted.</p>

		<p>personal, oxígeno, diálisis, etc.) <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>Si respondió Sí, seleccione todas las que apliquen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Movilidad <input type="checkbox"/> Cognitiva/Discapacidad del Desarrollo/Salud Mental <input type="checkbox"/> Escuchar/Hablar <input type="checkbox"/> Visión <input type="checkbox"/> Autocuidado <input type="checkbox"/> Vida Independiente <input type="checkbox"/> Otro _____ <input type="checkbox"/> Prefiere No Contestar 	
<p>9.</p>	<p>Dirección Postal</p> <p><input type="checkbox"/> Igual a la Dirección de la Vivienda Dañada</p> <p>Núm. _____</p> <p>Calle _____</p> <p>Apto/Lote _____</p> <p>Ciudad _____</p> <p>Estado _____</p> <p>Código Postal _____</p>	<p>¿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?</p> <p><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>Si respondió Sí, seleccione todas las que apliquen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Silla de ruedas manual/eléctrica <input type="checkbox"/> Scooter <input type="checkbox"/> Prótesis <input type="checkbox"/> Oxígeno/equipo respiratorio <input type="checkbox"/> Equipo médico que depende de la electricidad <input type="checkbox"/> Dispositivo de asistencia tecnológica para escuchar o ver, como un aparato auditivo, programa para agrandar la pantalla, etc. <input type="checkbox"/> Dispositivos para el 	<p>Disability-related questions revised per OER/ODIC at an attempt at clarity and to provide more comprehensive response options. Question order adjusted.</p>

		<p>cuidado personal como asiento para la ducha, silla con inodoro, grúa de traslado, o sillón elevador</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Dispositivo de control o alerta ambiental <input type="checkbox"/> Van o vehículo adaptable <input type="checkbox"/> Andador/bastón/muletas <input type="checkbox"/> Medicamentos o suministros médicos, incluyendo pañales y catéteres para adultos <input type="checkbox"/> Animal de servicio <input type="checkbox"/> Servicio de asistencia personal/ cuidado en el hogar <input type="checkbox"/> Diálisis <input type="checkbox"/> Otro_____ 	
10.	<p>Causa de Daños</p> <ul style="list-style-type: none"> <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_____ 	<p>Núm. de Teléfono de la Vivienda Dañada_____</p> <p>Núm. Teléfono Móvil_____</p>	<p>Question order adjusted. Question re-worded to match Tele-registration/Internet RI script.</p>
11.	<p>Vivienda Dañada</p> <p><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Desconocido</p>	<p>Núm. de Teléfono Actual_____</p> <p>Núm. de Teléfono Alternativo_____</p> <p>Nota:_____</p>	<p>Question order adjusted. Question re-worded to match Tele-registration/Internet RI script.</p>
12.	<p>Propiedad Personal Dañada</p> <p><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p>	<p>Dirección de la Vivienda Dañada_____</p> <p>Núm._____</p>	<p>Question order adjusted. Question re-worded to match</p>

		Calle _____ Apto/Lote _____ Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____ Condado _____	Tele-registration/Internet RI script.
13.	Estuvo sin Servicios Públicos Esenciales <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Es usted: <input type="checkbox"/> Dueño <input type="checkbox"/> Inquilino	Question order adjusted.
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 _____	Dirección Postal <input type="checkbox"/> Igual a la Dirección de la Vivienda Dañada Núm. _____ Calle _____ Apto/Lote _____ Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____	Question order adjusted.
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 _____	Tipo de Daño <input type="checkbox"/> Inundación <input type="checkbox"/> Huracán/Granizo/Luvia/Lluvia Impulsada por el Viento <input type="checkbox"/> Apagón Eléctrico/Relámpagos <input type="checkbox"/> Filtración <input type="checkbox"/> Desbordamiento de Aguas Usadas <input type="checkbox"/> Tornado/Viento <input type="checkbox"/> Terremoto <input type="checkbox"/> Fuego/Flujo de Lava /Ceniza <input type="checkbox"/> Hielo/Nieve <input type="checkbox"/> Otro _____	Question order adjusted. Question re-worded to match Tele-registration/Internet RI script.
16.	Residencia Principal <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Vivienda Dañada? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Desconocido	Question order adjusted.
17.	Es usted <input type="checkbox"/> Dueño <input type="checkbox"/> Inquilino	¿Propiedad Personal Dañada (no incluyendo vehículos)? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Desconocido	Question order adjusted. Question re-worded to match Tele-registration/Internet RI script.
18.	¿Esta su vivienda accesible?	¿Utilidades fuera de servicio	Question order adjusted.

	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No, debido a la evacuación obligatoria <input type="checkbox"/> No, debido al desastre	por 5 días o más? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Question re-worded to match Tele-registration/Internet RI script.
19.	Seguro de Vivienda/Propiedad Personal Tipo de Seguro _____ Nombre de la Compañía de Seguro _____ <input type="checkbox"/> No tengo seguro para mi vivienda o propiedad personal	¿Gasto nuevo o adicional para el cuidado de niño debido al desastre? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> 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 Compañía _____	Nivel de daño al hogar o propiedad personal: <input type="checkbox"/> Daños menores, pero capaz de vivir en la casa. <input type="checkbox"/> Daño al Hogar/Propiedad Personal y puede que no sea capaz de vivir en la casa. <input type="checkbox"/> El daño al Hogar/Propiedad Personal requieren reparaciones mayores. No puedo vivir en la casa. <input type="checkbox"/> La casa fue destruida <input type="checkbox"/> 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 _____	¿Localización Actual? <input type="checkbox"/> Mi Hogar <input type="checkbox"/> Familia/Amigos <input type="checkbox"/> Hotel/Motel <input type="checkbox"/> Albergue <input type="checkbox"/> Iglesia/Casa de Adoración <input type="checkbox"/> Sin Hogar <input type="checkbox"/> Unidad Otorgada por FEMA <input type="checkbox"/> Nuevo Alquiler Permanente <input type="checkbox"/> Nuevo Alquiler Temporero <input type="checkbox"/> Nuevo Hogar Comprado <input type="checkbox"/> Lugar de Empleo <input type="checkbox"/> RV/Remolque <input type="checkbox"/> Residencia Secundaria <input type="checkbox"/> Mi Vehículo <input type="checkbox"/> Carpa	Question order adjusted. Question re-worded to match Tele-registration/Internet RI script.

	NO _____ Nombre Compañía de Seguros _____ ¿Registrado? 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	¿Tipo de Vivienda? <input type="checkbox"/> Casa Individual/Dúplex <input type="checkbox"/> Casa Móvil <input type="checkbox"/> Hilera de Casas (Townhouse) <input type="checkbox"/> Condominio <input type="checkbox"/> Apartamento <input type="checkbox"/> Casa Rodante <input type="checkbox"/> Institución de Vida Asistida <input type="checkbox"/> Bote <input type="checkbox"/> Dormitorio Universitario <input type="checkbox"/> Facilidad Correccional <input type="checkbox"/> Vivienda Militar <input type="checkbox"/> Otro _____	Question order adjusted. Question re-worded to match Tele-registration/Internet RI script.
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	¿Residencia Principal? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> 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? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si respondió Sí, seleccione todos los que apliquen: Movilidad: <input type="checkbox"/> Silla de ruedas	¿Actualmente puede llegar a su hogar? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No, debido a la evacuación obligatoria <input type="checkbox"/> 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.

	<input type="checkbox"/> Andador <input type="checkbox"/> Bastón <input type="checkbox"/> Elevador <input type="checkbox"/> Asistente de Cuidado Personal Cognitiva/Discapacidad del Desarrollo/Salud Mental: <input type="checkbox"/> Asistente de Cuidado Personal <input type="checkbox"/> Otro _____ Escuchar o Hablar <input type="checkbox"/> Aparato auditivo <input type="checkbox"/> Interprete de lenguaje de señas <input type="checkbox"/> TDD/TTY <input type="checkbox"/> Mensaje de texto y/u otro equipo de comunicación Visión: <input type="checkbox"/> Espejuelos <input type="checkbox"/> Bastón <input type="checkbox"/> Animal de servicio <input type="checkbox"/> Lupa <input type="checkbox"/> Braille u otro tipo de equipo de comunicación <input type="checkbox"/> Otro: _____		
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 _____ <input type="checkbox"/> No tengo seguro para mi vivienda o propiedad personal	Question order adjusted.

<p>26.</p>	<p>Daños al Negocio ¿Es su ingreso primario el trabajo por cuenta propia? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO</p> <p>¿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</p>	<p>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) _____</p>	<p>Question order adjusted. Question re-worded to match Tele-registration/Internet RI script.</p>
<p>27.</p>	<p>Número de dependientes reclamados _____</p>	<p>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 _____</p>	<p>Question order adjusted. Question re-worded to match Tele-registration/Internet RI script.</p>
<p>28.</p>	<p>Ingreso bruto familiar combinado antes del desastre \$ _____ <input type="checkbox"/> Semana <input type="checkbox"/> Quincenal <input type="checkbox"/> Semi-Mensual <input type="checkbox"/> Trimestral <input type="checkbox"/> Anual</p>	<p>Necesidades de Emergencia <input type="checkbox"/> Comida, medicamento, equipo médico duradero, o gasolina <input type="checkbox"/> Albergue <input type="checkbox"/> Ropa</p>	<p>Question order adjusted. Question re-worded to match Tele-registration/Internet RI script.</p>

	<input type="checkbox"/> Ingresos/Se niega a contestar		
29.	Transferencia electrónica de fondos <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO Nombre del Banco: _____ Tipo de Cuenta: <input type="checkbox"/> Cheques <input type="checkbox"/> Ahorro <input type="checkbox"/> 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? <input type="checkbox"/> Correo Postal <input type="checkbox"/> Correo electrónico	Daños al Negocio ¿La fuente de ingreso familiar es el empleo por cuenta propia? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No ¿Es dueño de un negocio o renta una propiedad que fue afectada por el desastre? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Question order adjusted. Question re-worded to match Tele-registration/Internet RI script.
31.	¿En qué idioma desea recibir la correspondencia? <input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> 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? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO	Ingreso familiar antes de que los impuestos sean deducidos \$_____ <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Nombre del Banco/Institución Financiera:_____ Tipo de Cuenta: <input type="checkbox"/> Cheques <input type="checkbox"/> Ahorro <input type="checkbox"/> 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: <input type="checkbox"/> Daños menores, pero capaz de vivir a casa. <input type="checkbox"/> El daño al Hogar/Propiedad Personal y puede que no sea capaz de vivir en mi 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	¿Idioma para la correspondencia? <input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Español	Question order adjusted. Question re-worded to match Tele-registration/Internet RI script.
35.	Comentarios _____	¿Correo postal tradicional o notificaciones electrónicas? <input type="checkbox"/> Correo Postal <input type="checkbox"/> 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? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Núm. de Teléfono Móvil: _____ ¿Está de acuerdo con los términos para los mensajes de texto? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> 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	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.	Instructions updated to reflect question updates.

<p>blanco.</p> <p>3. Entre la Fecha de Nacimiento del solicitante.</p> <p>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.</p> <p>5. Entre la dirección de correo electrónico (email) por su nombre en Inglés, si está disponible.</p> <p>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.</p> <p>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).</p> <p>8. Ingrese la dirección física completa en la que ocurrieron</p>	<p>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.</p> <p>3. Escriba el idioma que el solicitante habla. Si el solicitante habla Inglés, déjelo en blanco.</p> <p>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.</p> <p>5. Escriba la fecha de nacimiento del solicitante.</p> <p>6. Si está disponible, escriba el correo electrónico del solicitante.</p> <p>7. Acomodo o asistencia puede incluir, pero no se limita a, interprete de</p>	
---	--	--

<p>los daños. No escriba un P.O. o la dirección de correos.</p> <p>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".</p> <p>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.</p> <p>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".</p> <p>12. Si el solicitante tiene Daños a la Propiedad Personal (eje. enseres, ropa, y/o muebles) marque "Sí".</p> <p>13. Si los Servicios Públicos del solicitante no están funcionando, marque "Sí". Servicios públicos pueden</p>	<p>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 <i>Si</i> o <i>No</i>. Si respondió <i>Sí</i>, seleccione todas las necesidades que apliquen.</p> <p>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." <i>42 USC 12102(2) (A)</i>. Si el solicitante o miembro de la familia tiene una discapacidad, seleccione <i>Si</i>. Si respondió <i>Sí</i>, seleccione todas las que apliquen o Prefiere no Contestar.</p> <p>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</p>	
--	--	--

<p>incluir alcantarillado, agua, gas, electricidad y/o calefacción.</p> <p>14. Marque la localización actual en donde esta viviendo el solicitante.</p> <p>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.</p> <p>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".</p> <p>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</p>	<p>interrumpió debido al desastre, por favor seleccione Si y marque todas las que apliquen.</p> <p>10. <i>Número de Teléfono de la Vivienda Dañada:</i> 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. <i>Número de Teléfono Móvil:</i> Si aplica, escriba el número de teléfono móvil del solicitante.</p> <p>11. <i>Número de Teléfono Actual:</i> Escriba el número de teléfono actual donde el solicitante puede ser contactado. <i>Número de Teléfono Alterno:</i> 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.).</p> <p>12. Escriba la dirección física completa exactamente</p>	
---	--	--

	<p>propietario antes mencionados, incluso si el solicitante no paga alquiler.</p> <p>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.</p> <p>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".</p> <p>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 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.</p>	<p>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.</p> <p>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 <i>Dueño</i>. Seleccione <i>Inquilino</i> si el solicitante no cumple con los requisitos para ser dueño, inclusive si no paga renta.</p> <p>14. Si aplica, seleccione <i>Igual a la Dirección de la Vivienda Dañada</i>. Si es diferente, escriba la dirección donde el solicitante actualmente recibe la correspondencia. Puede utilizar un PO Box o una dirección de entrega general.</p> <p>15. Seleccione todos los daños que apliquen. <i>Otro</i> puede incluir explosión, sequía, motín, etc.</p> <p>16. Seleccione <i>Sí</i> en caso de que la vivienda del solicitante fue dañada por</p>	
--	--	--	--

	<p>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.</p> <p>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.</p> <p>23. Si el solicitante tiene Necesidades de Emergencia (por ejemplo, alimentos, ropa, albergue), marque la casilla correspondiente al tipo de necesidad.</p> <p>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</p>	<p>el desastre. Seleccione <i>No</i> en caso de que no hay daño a la vivienda del solicitante o si la solicitud es SOLO para Negocio, Transportación, o Funeral. Seleccione <i>Desconocido</i> si el solicitante no está seguro del daño a la vivienda.</p> <p>17. Seleccione <i>Sí</i> en caso de que el solicitante tuvo daño a la propiedad personal (por ejemplo, enseres, ropa, y/o muebles). Seleccione <i>No</i> 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 <i>Desconocido</i> si el solicitante no está seguro del daño a la propiedad personal.</p> <p>18. Seleccione <i>Sí</i> en caso de que el solicitante haya estado sin los servicios esenciales públicos por al menos 5 días. Seleccione <i>No</i> en caso de que el solicitante tenga los servicios esenciales públicos o estuvo menos de 5 días sin ellos.</p> <p>19. Seleccione <i>Sí</i> en caso de que al solicitante le aumentara la carga financiera debido a gastos nuevos o adicionales por el cuidado para niños. Seleccione <i>No</i> en caso de</p>	
--	--	---	--

<p>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.</p> <p>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.</p> <p>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.</p> <p>27. Entre el Número de dependientes reclamados según se enumeran en la Declaración Federal de Impuestos del solicitante.</p> <p>28. Entre el Ingreso bruto familiar combinado antes del desastre. (Esta es la cantidad total del ingreso antes de cualquier deducción, y podría</p>	<p>que el solicitante no tenga gastos o no le aumentaron los gastos por el cuidado para niños.</p> <p>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.</p> <p>21. Seleccione la localización actual de dónde está viviendo o quedándose el solicitante.</p> <p>22. Seleccione el tipo de vivienda por la cual el solicitante está solicitando.</p> <p>23. Seleccione <i>Sí</i> 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 <i>No</i> 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.</p> <p>24. Seleccione <i>Sí</i> en caso de que la vivienda no tiene el acceso restringido, o si la solicitud es SOLO para un Negocio, Transportación,</p>	
--	---	--

	<p>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.</p> <p>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 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</p>	<p>o Funeral. Seleccione <i>No, debido a la evacuación obligatoria</i> en caso de que la vivienda es inaccesible debido a una evacuación obligatoria. Seleccione <i>No, debido a los daños a carreteras y puentes en el área</i> en caso de que la vivienda es inaccesible debido al daño causado por el desastre.</p> <p>25. 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 <i>No tengo seguro para mi vivienda o propiedad personal</i> si no tenía cobertura de seguro para las pérdidas en el hogar o la propiedad personal.</p> <p>26. Si el solicitante tuvo gasto médico, dental, y/o funeral no asegurados o que no se podían asegurar como resultado directo del desastre, seleccione <i>Sí</i> por cada categoría de gasto aplicable. Si el solicitante tenía seguro para el gasto, escriba el nombre de la compañía de seguro.</p> <p>27. Escriba todos los vehículos propiedad del solicitante o</p>	
--	--	---	--

	<p>bien puede encontrarse en estado de cuentas de su sección de cheques o ahorro.) NOTA: El nombre del solicitante debe estar en la cuenta.</p> <p>30. Compruebe cómo el aspirante desea recibir la correspondencia. Correo postal o correo electrónico</p> <p>31. Seleccione idioma que el solicitante desea recibir la correspondencia. Inglés o español</p> <p>32. Si el solicitante desea recibir actualizaciones de estado a través de mensajes de texto. Confirmar alternativa de teléfonos celulares.</p> <p>33. Solicitud de Cambio de Dirección para la Administración del Seguro Social.</p> <p>34. Seleccione el nivel de daño que mejor se adapte a la situación del solicitante.</p> <p>35. Ingrese cualquier comentario.</p> <p>36. Ingrese el nombre del representante de FEMA completando el formulario.</p>	<p>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 <i>Sí</i> o <i>No</i> para indicar si el vehículo fue dañado por el desastre (si desconoce, seleccione <i>No</i>). Manejable: Seleccione <i>Sí</i> o <i>No</i> para indicar si el vehículo es manejable actualmente (si desconoce, seleccione <i>No</i>). Seguro Contra Todo Riesgo: Seleccione <i>Sí</i> o <i>No</i> para indicar si el vehículo está cubierto por un seguro contra todo riesgo. Seguro de Responsabilidad Pública: Seleccione <i>Sí</i> o <i>No</i> 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 <i>Sí</i> o <i>No</i> para indicar si el vehículo está registrado actualmente.</p> <p>28. Seleccione cada necesidad de emergencia (artículos esenciales para la vida diaria). La necesidad de emergencia no incluye alimentos almacenados.</p> <p>29. Escriba la información del solicitante y de todas las</p>	
--	--	---	--

		<p>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.</p> <p>30. Seleccione <i>Sí o No</i> para indicar si la fuente principal de ingreso del hogar es el trabajo por cuenta propia. Seleccione <i>Sí o No</i> para indicar si el solicitante es dueño o representa un negocio, o renta una propiedad que fue afectada por el desastre.</p> <p>31. Escriba el número de dependientes, incluyendo al solicitante y a los que incluyó como dependientes en la Declaración de Impuestos Federal.</p> <p>32. 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</p>	
--	--	---	--

		<p>que recibe al año.</p> <p>33. 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.</p> <p>34. Seleccione el idioma en el cual el solicitante prefiere recibir la correspondencia de FEMA.</p> <p>35. Seleccione la forma de comunicación por la cual el solicitante prefiere recibir la correspondencia de FEMA.</p> <p>36. 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</p>	
--	--	--	--

		<p>en el cual el solicitante le gustaría recibir los mensajes de texto. Seleccione <i>Sí</i> o <i>No</i> 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]. <i>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.</i>)</p> <p>37. Escriba cualquier comentario.</p> <p>38. Escriba el nombre del representante de FEMA que completó esta forma.</p>	
--	--	--	--