

1. <input type="checkbox"/> Sr. <input type="checkbox"/> Sra.	2. Nombre del Solicitante (Apellido, Nombre, Inicial)	3. Idioma	4. Núm. de Seguro Social	5. Fecha de Nacimiento	6. Dirección de Correo Electrónico
---	---	-----------	--------------------------	------------------------	------------------------------------

7. ¿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)

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Interprete de lenguaje de señas | <input type="checkbox"/> Dispositivo de asistencia auditiva |
| <input type="checkbox"/> Traducción en Tiempo-real para el Acceso a la Comunicación (CART, por sus siglas en inglés Text messages to communicate) | <input type="checkbox"/> Language other than English |
| <input type="checkbox"/> Mensajes de Texto para comunicarse | <input type="checkbox"/> Español |
| <input type="checkbox"/> Braille | <input type="checkbox"/> Árabe – العربية |
| <input type="checkbox"/> Documento en letras grandes | <input type="checkbox"/> Haitiano – Kreyòl Ayisyen |
| <input type="checkbox"/> Asistencia Cara a Cara (lector o escritor) | <input type="checkbox"/> Ruso – Русский |
| <input type="checkbox"/> Acceso para silla de ruedas | <input type="checkbox"/> Vietnamita – Tiếng Việt |
| <input type="checkbox"/> Otro _____ | <input type="checkbox"/> Samoano – Sāmoa |
| | <input type="checkbox"/> Mandarín – 中文 |
| | <input type="checkbox"/> Otro _____ |

8. ¿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, oxígeno, 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

9. ¿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:

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Silla de ruedas manual/eléctrica | <input type="checkbox"/> Van o vehículo adaptable |
| <input type="checkbox"/> Scooter | <input type="checkbox"/> Andador/bastón/muletas |
| <input type="checkbox"/> Prótesis | <input type="checkbox"/> Medicamentos o suministros médicos, incluyendo pañales y catéteres para adultos |
| <input type="checkbox"/> Oxígeno/equipo respiratorio | <input type="checkbox"/> Animal de servicio |
| <input type="checkbox"/> Equipo médico que depende de la electricidad | <input type="checkbox"/> Servicio de asistencia personal/ cuidado en el hogar |
| <input type="checkbox"/> Dispositivo de asistencia tecnológica para escuchar o ver, como un aparato auditivo, programa para agrandar la pantalla, etc. | <input type="checkbox"/> Diálisis |
| <input type="checkbox"/> Dispositivos para el cuidado personal como asiento para la ducha, silla con inodoro, grúa de traslado, o sillón elevador | <input type="checkbox"/> Otro _____ |
| <input type="checkbox"/> Dispositivo de control o alerta ambiental | |

10. Núm. de Teléfono de la Vivienda Dañada _____ Núm. Teléfono Móvil _____	11. Núm. de Teléfono Actual _____ Núm. de Teléfono Alterno _____ Nota: _____
---	--

12. Dirección de la Vivienda Dañada	Núm.	Calle	Apto/Lote	Ciudad	Estado	Código Postal	Condado
-------------------------------------	------	-------	-----------	--------	--------	---------------	---------

13. Es usted: Dueño Inquilino

14. Dirección Postal	Núm.	Calle	Apto/Lote	Ciudad	Estado	Código Postal
----------------------	------	-------	-----------	--------	--------	---------------

Igual a la Dirección de la Vivienda Dañada

15. Tipo de Daño:

- | | | | | |
|---|--|---|--|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Inundación | <input type="checkbox"/> Apagón Eléctrico/Relámpagos | <input type="checkbox"/> Desbordamiento de Aguas Usadas | <input type="checkbox"/> Terremoto | <input type="checkbox"/> Hielo/Nieve |
| <input type="checkbox"/> Huracán/Granizo/Luvia/Lluvia Impulsada por el Viento | <input type="checkbox"/> Filtración | <input type="checkbox"/> Tornado/Viento | <input type="checkbox"/> Fuego/Flujo de Lava /Ceniza | <input type="checkbox"/> Otro _____ |

16. ¿Vivienda Dañada? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Desconocido	17. ¿Propiedad Personal Dañada (no incluyendo vehículos)? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Desconocido	18. ¿Utilidades fuera de servicio por 5 días o más? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	19. ¿Gasto nuevo o adicional para el cuidado de niño debido al desastre? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
---	---	--	---

20. Nivel de daño al hogar o propiedad personal:

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Daños menores, pero capaz de vivir en la casa. | <input type="checkbox"/> La casa fue destruida |
| <input type="checkbox"/> Daño al Hogar/Propiedad Personal y puede que no sea capaz de vivir en la casa. | <input type="checkbox"/> Desconocido |
| <input type="checkbox"/> El daño al Hogar/Propiedad Personal requieren reparaciones mayores. No puedo vivir en la casa. | |

21. ¿Localización Actual?

- | | | | | |
|---|--|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Mi Hogar | <input type="checkbox"/> Albergue | <input type="checkbox"/> Unidad Otorgada por FEMA | <input type="checkbox"/> Nuevo Hogar Comprado | <input type="checkbox"/> Residencia Secundaria |
| <input type="checkbox"/> Familia/Amigos | <input type="checkbox"/> Iglesia/Casa de Adoración | <input type="checkbox"/> Nuevo Alquiler Permanente | <input type="checkbox"/> Lugar de Empleo | <input type="checkbox"/> Mi Vehículo |
| <input type="checkbox"/> Hotel/Motel | <input type="checkbox"/> Sin Hogar | <input type="checkbox"/> Nuevo Alquiler Temporero | <input type="checkbox"/> RV/Remolque | <input type="checkbox"/> Carpa |

22. ¿Tipo de Vivienda?

- | | | | |
|--|---------------------------------------|---|---|
| <input type="checkbox"/> Casa Individual/Dúplex | <input type="checkbox"/> Condominio | <input type="checkbox"/> Institución de Vida Asistida | <input type="checkbox"/> Facilidad Correccional |
| <input type="checkbox"/> Casa Móvil | <input type="checkbox"/> Apartamento | <input type="checkbox"/> Bote | <input type="checkbox"/> Vivienda Militar |
| <input type="checkbox"/> Hilera de Casas (Townhouse) | <input type="checkbox"/> Casa Rodante | <input type="checkbox"/> Dormitorio Universitario | <input type="checkbox"/> Otro _____ |

23. ¿Residencia Principal? Si No

24. ¿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

25. Seguro de Vivienda/Propiedad Personal

Tipo de Seguro	Nombre de la Compañía de Seguro

No tengo seguro para mi vivienda o propiedad personal

26. Gastos Relacionado al Desastre (no asegurados o que no se pueden asegurar)

	Si	No	Nombre de la Compañía de Seguro (si está asegurado)
Médico			
Dental			
Funeral			

27. Daño al Vehículo Relacionado al Desastre

Información del Vehículo			¿Daños?		¿Manejable?		¿Seguro Contra Todo Riesgo?		¿Seguro de Responsabilidad Pública?		¿Nombre Compañía de Seguros?		¿Registrado?	
Año	Marca	Modelo	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO			SI	NO

28. Necesidades de Emergencia: Comida, medicamento, equipo médico duradero, o gasolina Albergue Ropa

29. Personas viviendo en su hogar al momento del desastre

Apellido	Primer Nombre	Inicial	Relación	Número de Seguro Social (Solicitante y Co- Solicitante solamente)	Edad

30. 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

31. Núm. de Dependientes (usted incluido) _____

32. Ingreso familiar antes de que los impuestos sean deducidos \$ _____

Ingreso no disponible

33. Transferencia electrónica de fondos Si No

Nombre del Banco/Institución Financiera: _____

Tipo de Cuenta: Cheques Ahorro Núm. de Ruta _____ (9 dígitos)

Núm. de Cuenta: _____

34. ¿Idioma para la correspondencia?

Inglés

Español

35. ¿Correo postal tradicional o notificaciones electrónicas?

Correo Postal

Correo electrónico

36. ¿Recibir actualizaciones por mensaje de texto?

Si No

Núm. de Teléfono Móvil _____

¿Está de acuerdo con los términos para los mensajes de texto? Yes No

37. Comentarios:

38. Representante de FEMA: _____

Aplicación /Registro para Asistencia por Desastre Instrucciones

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 Sí 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 Sí. 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 Sí 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 el solicitante le aumentara la carga financiera debido a gastos nuevos o adicionales por el cuidado para niños. Seleccione No en caso de que el solicitante no tenga gastos o no le aumentaron los gastos por el cuidado 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.
23. 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.
24. 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.
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 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.
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 Sí por cada categoría de gasto aplicable. Si el solicitante tenía seguro para el gasto, escriba el nombre de la compañía de seguro.
27. 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.
28. Seleccione cada necesidad de emergencia (artículos esenciales para la vida diaria). La necesidad de emergencia no incluye alimentos almacenados.
29. Escriba la información del solicitante y de todas las personas quienes consideran 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.
30. 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.
31. Escriba el número de dependientes, incluyendo al solicitante y a los que incluyó como dependientes en la Declaración de Impuestos Federal.
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 que recibe al año.
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.
34. Seleccione el idioma en el cual el solicitante prefiere recibir la correspondencia de FEMA.
35. Seleccione la forma de comunicación por la cual el solicitante prefiere recibir la correspondencia de FEMA.
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 adición 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 reemplazan 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.).
37. Escriba cualquier comentario.
38. Escriba el nombre del representante de FEMA que completó esta forma.

ACTA DE PRIVACIDAD

AUTORIDAD: FEMA recopila, usa, mantiene, recupera y disemina 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 ara 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 ento de la calidad y utilizada para evaluar el servicio al cliente de FEMA a los solicitantes de asistencia por desastre. ilita 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 impedir que el individuo reciba asistencia por desastre.

**AVISO DE DIVULGACIÓN SOBRE LA CARGA DE PAPEL
(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.**