

# SOLICITUD DE AYUDA 2024

## ASOCIACIÓN MINISTERIAL DE WOOD RIVER ALIVIO EN DESASTRES

*La información debe completarse de manera precisa y completa para poder ser considerado para recibir asistencia. Proporcione cualquier documentación y/o recibos que respalden su solicitud.*

*¡Gracias!*

INFORMACION DEL CLIENTE					
NOMBRE DEL DESASTRE: EXPLOSION DOMICILIARIA EN 2024					
# TOTAL EN EL HOGAR				SOLICITANTE #: <small>(SOLO PARA USO DE OFICINA)</small>	
APELLIDO, JEFE DE HOGAR		NOMBRE, JEFE DE HOGAR		CORREO ELECTRÓNICO	
FECHA DE NACIMIENTO	LOS ÚLTIMOS 4 DÍGITOS DEL NÚMERO DE SEGURO SOCIAL	SEXO	TELÉFONO MÓVIL #		
		<input type="checkbox"/> MASCULINO <input type="checkbox"/> FEMENINA			
APELLIDO, CÓNYUGE/OTRA PERSONA SIGNIFICATIVA		PRIMER NOMBRE, CÓNYUGE/OTRA SIGNIFICATIVA		CORREO ELECTRÓNICO	
FECHA DE NACIMIENTO	LOS ÚLTIMOS 4 DÍGITOS DEL NÚMERO DE SEGURO SOCIAL	SEXO	TELÉFONO MÓVIL #		
		<input type="checkbox"/> MASCULINO <input type="checkbox"/> FEMENINA			
DIRECCIÓN ANTES DEL DESASTRE (APARTAMENTO #, CIUDAD, ESTADO, CÓDIGO POSTAL)					
DIRECCIÓN DESPUÉS DEL DESASTRE (APARTAMENTO #, CIUDAD, ESTADO, CÓDIGO POSTAL)					
OTROS MIEMBROS DEL HOGAR					
NOMBRE	RELACIÓN	SEXO	FECHA DE NACIMIENTO		
¿ALGÚN MIEMBRO DE LA FAMILIA ES VETERANO DE EE. UU.?		¿ESTÁ RECIBIENDO SERVICIOS PARA VETERANOS?			
<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO		<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> RECHAZADO <input type="checkbox"/> NO LO SABE <input type="checkbox"/> NO RECOGIDO			
NECESIDADES INMEDIATAS (MARQUE TODAS LAS QUE CORRESPONDAN)					
<input type="checkbox"/> ALIMENTO	<input type="checkbox"/> EMPLEO	<input type="checkbox"/> MEDICA / RX	<input type="checkbox"/> ROPA	<input type="checkbox"/> ALOJAMIENTO	<input type="checkbox"/> REMOCIÓN DE ESCOMBROS
<input type="checkbox"/> ALQUILER / SERVICIOS PÚBLICOS	<input type="checkbox"/> TRANSPORTE	<input type="checkbox"/> ASESORAMIENTO	<input type="checkbox"/> REFERENCIAS	<input type="checkbox"/> OTRA: _____	

**Por favor complete la página 2**

## DEMOGRAFIA DE LA VIVIENDA

TIPO DE VIVIENDA	PROPIEDAD	DAÑOS A LA VIVIENDA		NECESIDADES DE VIVIENDA ESTIMADAS
<input type="checkbox"/> SOLTERA	<input type="checkbox"/> PROPIA	<input type="checkbox"/> DESTRUIDA	<input type="checkbox"/> NINGUNA	<input type="checkbox"/> PERMANENTE
<input type="checkbox"/> CASA MÓVIL	<input type="checkbox"/> ALQUILER AMUEBLADO	<input type="checkbox"/> IMPORTANTE	<input type="checkbox"/> DESCONOCIDA	<input type="checkbox"/> TEMPORARIA
<input type="checkbox"/> DEPARTAMENTO	<input type="checkbox"/> ALQUILER SIN AMUEBLAR	<input type="checkbox"/> MENOR	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> NINGUNA

¿SE CONSIDERA EL SÓTANO UN ESPACIO PARA VIVIR? (DORMITORIOS, BAÑOS, AMUEBLADOS, ETC.)  SÍ  NO

**COSTO APROXIMADO SEGÚN LA NECESIDAD: ADJUNTE COPIA DE LA PÓLIZA DE SEGURO PARA PROPIETARIOS O INQUILINOS QUE MUESTRA LA COBERTURA ACTUAL Y EL DEDUCIBLE. SI NO TIENE SEGURO, EXPLIQUE POR QUÉ. (SI LA CANTIDAD SOLICITADA ES SUPERIOR A \$1000, SE REQUIEREN LAS DOS PRINCIPALES PÁGINAS DE SU DECLARACIÓN DE IMPUESTOS DEL FORMULARIO 1040 DE 2023. ADJUNTE COPIA DEL SALDO DE LA HIPOTECA, SI LA HAY)**

¿SEGURO DE PROPIEDAD?	¿TIPO?	ESTADO DEL RECLAMO DE SEGURO
<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> HOGAR <input type="checkbox"/> INQUILINAS	<input type="checkbox"/> ESPERAR PAGO \$ _____ <input type="checkbox"/> DENEGADA <input type="checkbox"/> PENDIENTE
COMPañÍA DE SEGUROS	N.º DE TELÉFONO DE LA COMPañÍA DE SEGUROS	AFIRMAR #

### RESUMEN DE LA NECESIDAD SOLICITADA

### LISTA DE DOCUMENTACIÓN O RECIBOS ADJUNTOS

**AL FIRMAR ESTE FORMULARIO, AUTORIZO LO SIGUIENTE: AUTORIZO A LAS AGENCIAS ASOCIADAS Y A SUS REPRESENTANTES A COMPARTIR INFORMACIÓN BÁSICA SOBRE LOS MIEMBROS DE MI FAMILIA MENCIONADOS A CONTINUACIÓN Y/O A MÍ. ENTIENDO QUE ESTA INFORMACIÓN TIENE EL PROPÓSITO DE EVALUAR MIS/NUESTRAS NECESIDADES DE VIVIENDA, ASISTENCIA DE SERVICIOS PÚBLICOS, ALIMENTACIÓN, CONSEJERÍA Y/U OTROS SERVICIOS.**

\_\_\_\_\_  
Firma de la clienta

\_\_\_\_\_  
Fecha

### FOR OFFICE USE ONLY

#### SERVICES AND REFERRALS PROVIDED

WHAT	HOW MUCH	AGENCY

\_\_\_\_\_  
Signature of Agency Representation

\_\_\_\_\_  
Agency

\_\_\_\_\_  
Date