IOWA Health and Human Services

Solicitud de reembolso de alquiler

Este formulario es para solicitar el reembolso de alquiler correspondiente al año calendario **2023**.

Puede tomar hasta 90 días para que se tome una decisión de elegibilidad.

Elegibilidad para el programa

- Personas que tenían al menos 65 años en el año de la reclamación
- Personas que tenían 18 años o más y estaban totalmente discapacitadas en el año de la reclamación

Requisitos del programa

- Deben vivir actualmente en Iowa
- Haber alquilado en Iowa en el último año calendario
- El ingreso total anual del grupo familiar debe ser de menos de $25,328 (incluido el cónyuge que vive en el mismo hogar)
- El lugar alquilado tiene que haber estado sujeto a impuestos a la propiedad

Información del solicitante

Nombre legal	Apellido legal	Número de teléfono	
Número de Seguro Social		Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa) __/__/____	
Sexo (como se indica en el documento oficial del gobierno; este se utilizará para ayudar a verificar la identidad) ☐ Hombre ☐ Mujer		Si falleció, fecha de fallecimiento (MM/DD/YYYY) __/__/____	
Dirección (donde vive actualmente el solicitante)	Ciudad	Estado	Código postal
Dirección postal si es diferente	Ciudad	Estado	Código postal
Correo electrónico			

Información del cónyuge del solicitante

Nombre legal	Apellido legal	Número de teléfono
Número de Seguro Social		Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa) __/__/____
Sexo (como se indica en el documento oficial del gobierno; este se utilizará para ayudar a verificar la identidad) ☐ Hombre ☐ Mujer		Si falleció, fecha de fallecimiento (MM/DD/YYYY) __/__/____
¿El solicitante y el cónyuge viven juntos? ☐ Sí ☐ No		

Elegibilidad

1. ¿El solicitante vive actualmente en Iowa? ☐ Sí ☐ No
2. ¿El solicitante alquiló en Iowa en 2023? ☐ Sí ☐ No

Si respondió “No” a la pregunta 1 o 2, el solicitante **no** califica para el reembolso de alquiler.

3. ¿El solicitante nació antes de 1959? ☐ Sí ☐ No
4. ¿El solicitante nació entre 1959 y 2005 **y** está totalmente discapacitado? ☐ Sí ☐ No

Si respondió “No” a las preguntas 3 y 4, el solicitante **no** califica para el reembolso de alquiler.

Ingresos totales anuales del grupo familiar correspondiente al año calendario 2023

Responda estas preguntas con respecto al solicitante y su cónyuge, incluso si no declaró los montos de los beneficios para fines del impuesto sobre la renta individual de Iowa. Envíe un comprobante de ingresos con esta solicitud.

Ingresos

1.	Ingreso bruto anual del Seguro Social (incluya el SSI, el SSDI y la retención de la prima de Medicare, si corresponde).		$	.00
2.	Otros beneficios por discapacidad que no pertenecen al Seguro Social; por ejemplo, VA o Ferroviario.		$	.00
3.	Ingresos percibidos en 2023 provenientes de salarios o trabajos por cuenta propia.	Salarios:	$	.00
		Trabajo por cuenta propia:	$	.00
4.	Desempleo		$	.00
5.	Manutención de menores o pensión alimenticia.	Manutención de menores:	$	.00
		Pensión alimenticia:	$	.00
6.	Beneficios totales del Título 19 para hogares de ancianos o centros de cuidados de enfermería. Anteriormente solicitamos el 20% de ese monto. Calcularemos ese monto.		$	.00
7.	Pensión, jubilación militar, IRA o anualidad.		$	.00
8.	Pagos del Family Investment Program (FIP).		$	.00
9.	Efectivo o cheques de otras personas que viven con el solicitante.		$	.00
10.	Otros: Ingresos por intereses o dividendos, ganancias de negocios, ganancias de capital o juegos de azar.	Ingresos por intereses o dividendos:	$	.00
		Ganancia de negocios:	$	.00
		Ganancias de capital:	$	.00
		Juegos de azar:	$	.00
11.	HUD, Sección 8 u otra asistencia pagada en 2023 por alquiler o servicios públicos.		$	.00

Información de alquiler

Envíe un comprobante de cualquier alquiler pagado con su solicitud.

Fechas en las que el reclamante alquiló durante el año de la reclamación (MM/DD/AAAA) Inicio __/__/____ Término __/__/____			
En total, ¿cuánto pagó de alquiler el solicitante en ese lugar durante el período de tiempo que indicó arriba? (Sin incluir el depósito ni los servicios públicos)		$	.00
Dirección del lugar alquilado (no el PO Box)	Ciudad	Estado	Código postal
Propietario, oficina comercial o nombre del hogar de ancianos			
Dirección	Ciudad	Estado	Código postal

Si el solicitante vivió en más de un lugar, agregue en la página 4 todos los lugares que alquiló durante el 2024.

Información de depósito directo

Si desea que su reembolso de alquiler se deposite de manera directa, complete las casillas que figuran a continuación. De lo contrario, se emitirá un cheque en papel.

Tipo de cuenta que desea utilizar	☐ De cheques ☐ De ahorro								
Número de ruta de nueve dígitos									
Número de cuenta									

Verificación

Asegúrese de incluir comprobantes de discapacidad y de alquiler pagado. Asegúrese de enviar documentos que funcionen como comprobantes de ingresos, de alquiler pagado y de discapacidad (si es necesario) junto con esta solicitud. **No envíe los originales** ya que no se devolverán. A continuación se indican ejemplos de tipos de comprobantes.

Comprobante de discapacidad — Si presenta una solicitud y tiene menos de 65 años

- Formulario 1099 de SSA que muestre su nombre
- Carta de adjudicación de discapacidad de la VA

Comprobante de ingresos

- Estados de cuenta del Seguro Social
- Talones de cheques de pago
- W-2
- Cheques cobrados
- Carta de adjudicación de HUD o de la Sección 8

Comprobante de pago de alquiler

- Formulario HHS Número 470-5713, *Verificación de Alquiler del Propietario para Reembolso del Alquiler*
- Copia del contrato de alquiler que muestre el monto del alquiler
- Recibos de alquiler o cheques cancelados de cada mes
- Copia de entrada en el libro de contabilidad de la oficina de alquiler
- Carta de alquiler pagado firmada por el propietario. (Incluya su nombre, dirección y número de teléfono)

Enviar por correo a:

Iowa Department of Health and Human Services
Imaging Center 5
P.O. Box 41130
Des Moines, IA 50311-0500

Firma (obligatoria)

Yo, el abajo firmante, declaro bajo pena de perjurio o declaración falsa, que he examinado esta reclamación y, a mi leal saber y entender, esta es verdadera, correcta y completa.

Firma del solicitante	Fecha __/__/____

Firma del cónyuge (opcional)	Fecha __/__/____

Firma del preparador	Fecha __/__/____
Nombre del preparador	Número de teléfono del preparador
☐ Solicitante: Marque esta casilla si nos autoriza a hablar con la persona que completó este formulario.	

Lugares adicionales: Complete este formulario si vivió en más de un lugar en 2024. Utilice tantas copias de esta página como sean necesarias y preséntelas con su formulario de solicitud de reembolso de alquiler de 2024. Debe incluir documentos que comprueben el alquiler pagado por cada uno de los lugares.

Nombre	Número de teléfono
Número de Seguro Social	Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa) __/__/____

Información del lugar

Fechas en las que el solicitante alquiló durante el año de la reclamación (MM/DD/AAAA) Inicio __/__/____ Término __/__/____			
En total, ¿cuánto pagó de alquiler el solicitante en ese lugar durante el período de tiempo que indicó arriba? (Sin incluir el depósito ni los servicios públicos)		$ .00	
Dirección del lugar alquilado (no el PO Box)	Ciudad	Estado	Código postal
Propietario, oficina comercial o nombre del hogar de ancianos			
Dirección	Ciudad	Estado	Código postal

Información del lugar

Fechas en las que el solicitante alquiló durante el año de la reclamación (MM/DD/AAAA) Inicio __/__/____ Término __/__/____			
En total, ¿cuánto pagó de alquiler el solicitante en ese lugar durante el período de tiempo que indicó arriba? (Sin incluir el depósito ni los servicios públicos)		$ .00	
Dirección del lugar alquilado (no el PO Box)	Ciudad	Estado	Código postal
Propietario, oficina comercial o nombre del hogar de ancianos			
Dirección	Ciudad	Estado	Código postal

Información del lugar

Fechas en las que el solicitante alquiló durante el año de la reclamación (MM/DD/AAAA) Inicio __/__/____ Término __/__/____			
En total, ¿cuánto pagó de alquiler el solicitante en ese lugar durante el período de tiempo que indicó arriba? (Sin incluir el depósito ni los servicios públicos)		$ .00	
Dirección del lugar alquilado (no el PO Box)	Ciudad	Estado	Código postal
Propietario, oficina comercial o nombre del hogar de ancianos			
Dirección	Ciudad	Estado	Código postal