



# Solicitud de reembolso de alquiler

Este formulario es para solicitar el reembolso de alquiler correspondiente al año calendario **2024**.

La toma de la decisión de elegibilidad puede llevar hasta 90 días.

## Elegibilidad del 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 \$26,219 (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) _/_/____	
Género (como se indica en el documento oficial del gobierno; este se utilizará para ayudar a verificar la identidad) <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer		Si falleció, fecha de fallecimiento (DD/MM/AAAA) _/_/____	
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) _/_/____	
Género (como se indica en el documento oficial del gobierno; este se utilizará para ayudar a verificar la identidad) <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer		Si falleció, fecha de fallecimiento (DD/MM/AAAA) _/_/____	
¿El solicitante y el cónyuge viven juntos? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			

## Elegibilidad

- ¿El solicitante vive actualmente en Iowa?  
 Sí  No
- ¿El solicitante alquiló en Iowa en 2024?  
 Sí  No

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

- ¿El solicitante nació antes de 1960?  
 Sí  No
- ¿El solicitante nació entre 1960 y 2006 y tiene una discapacidad total?  
 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 2024

Responda estas preguntas sobre el solicitante y su cónyuge, incluso si no declaró los montos de los beneficios para los fines del impuesto sobre la renta individual de Iowa. Adjunte un comprobante de ingresos a 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 2024 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 residenciales. 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
	Ganancias de juegos de azar:	\$	.00
11. HUD, Sección 8 u otra asistencia pagada en 2024 para el alquiler o servicios públicos.		\$	.00

### Información de alquiler

Envíe un comprobante de cualquier alquiler pagado con su solicitud.

Fechas en las que el solicitante alquiló durante el año de la solicitud (mm/dd/aaaa) Inicio __/__/____ Fin __/__/____			
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 para el 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 usar	<input type="checkbox"/> De cheques		<input type="checkbox"/> 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, del alquiler pagado y de la discapacidad (si es necesario) junto con esta solicitud. **No envíe 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

- Declaraciones del Seguro Social
- Talones de cheques de pago
- W-2
- Cheques cobrados
- HUD o carta de adjudicación de la Sección 8

### Comprobante de pago del alquiler

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

### Envíe por correo postal 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
-----------------------	-----------------------------------

<input type="checkbox"/> 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 del alquiler de 2024. Debe incluir documentos que demuestren el pago del alquiler en cada ubicación.

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

**Información sobre la ubicación**

Fechas en las que el solicitante alquiló durante el año de la solicitud (mm/dd/aaaa) Inicio __/__/____ Fin __/__/____			
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 sobre la ubicación**

Fechas en las que el solicitante alquiló durante el año de la solicitud (mm/dd/aaaa) Inicio __/__/____ Fin __/__/____			
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 sobre la ubicación**

Fechas en las que el solicitante alquiló durante el año de la solicitud (mm/dd/aaaa) Inicio __/__/____ Fin __/__/____			
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