

Iowa Department of Health and Human Services
**Solicitud para el Programa de Subsidios
 de Asistencia por Desastre**
 para Individuos de Iowa (IIAGP, por sus siglas en inglés)

I. Información del solicitante (información personal)	
a. Nombre y apellido	
b. Número de Seguro Social	c. Número de teléfono Número de celular
d. Correo electrónico	
e. Dirección del lugar que se vio afectado por el desastre	
f. Condado	g. Ciudad, estado, código postal
h. <i>Dirección actual si es diferente a la anterior</i>	
i. Condado	j. Ciudad, estado, código postal
k. Nombre de la compañía de seguros	Número de teléfono de la compañía de seguros
l. Información de contacto alternativa (nombre y número de teléfono)	
m. Número total de adultos en el hogar	Número total de niños en el hogar
n. Ingresos anuales totales del hogar \$	Nota: Los ingresos anuales del hogar deben ser del 200% o menos del nivel de pobreza federal para un hogar de ese tamaño. Consulte la tabla en la página 3 que le ayudará a determinar si califica
Si tiene alguna pregunta, llame al 1-877-347-5678	

2. Información de las pérdidas - Incluya los recibos de los artículos que se hayan reemplazado. Si no tiene recibos, solicite el programa de vales.		
Fecha del desastre	Tipo de desastre: <input type="checkbox"/> Tornado <input type="checkbox"/> Inundación <input type="checkbox"/> Otro:	
Alojamiento temporal: \$	Asistencia alimentaria: \$	¿Se facilitaron los recibos? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Propiedad personal: \$	Reparaciones en el hogar: \$	
Total que se solicita: \$	El título de la propiedad debe estar a nombre del solicitante.	¿Solicitará el programa de vales? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

3. Descripción breve del daño ocasionado por el desastre y lista de artículos dañados

4. Declaración

Declaro que la información proporcionada en este formulario es verdadera y precisa. Facilito esta información al Iowa Department Health and Human Services (“el Departamento”) para los gastos del Programa de Subsidios de Asistencia por Desastre para Individuos de Iowa (“el Programa”). Autorizo al Departamento a divulgar esta información a otras organizaciones y personas de ayuda con el fin de administrar el Programa. Declaro que las personas que reciben asistencia en el hogar son residentes legales de Estados Unidos. Entiendo que si no cumplo con los requisitos para recibir los beneficios del Programa, si tengo un seguro que cubre las pérdidas reclamadas o si he recibido asistencia de otros programas para los mismos artículos reclamados, por la presente me comprometo a devolver al Departamento los fondos adquiridos a través del Programa en un plazo de 60 días.

5. Reconsideraciones

Usted, o la persona que le ayude, puede solicitar una reconsideración si no está de acuerdo con alguna acción tomada en su solicitud.

Debe solicitar la reconsideración en un plazo de 30 días a partir de la fecha de la carta de denegación.

Puede enviar su solicitud de reconsideración de manera detallada y por escrito a:

Iowa Department Health and Human Services
Attn: Division of Community Access – Emergency Assistance
5th Floor, 1305 E Walnut Street
Des Moines, IA 50319-0114

Si necesita ayuda para llenar una solicitud de reconsideración, hable con su administrador de casos de desastres.

6. Discriminación

Es política del Iowa Department of Health and Human Services (HHS) proporcionar un trato equitativo en el empleo y la prestación de servicios a los solicitantes, empleados y clientes sin importar su raza, color, país de origen, sexo, religión, edad, discapacidad o condición de veterano; de aquí en adelante denominada categoría protegida.

Si cree que el DHS le ha discriminado o acosado, por favor, envíe una carta detallando su queja a:

Iowa Department of Health and Human Services
Attn: Hoover Building, 5th Floor – Bureau of Policy Coordination
1305 E Walnut Street
Des Moines, IA 50319-0114

o por correo electrónico a contactdhs@dhs.state.ia.us

El Iowa Department of Health and Human Services ofrece oportunidades a todos por igual.

Firma del solicitante	Fecha
-----------------------	-------

Envíe todos los materiales de la solicitud a su Agencia de Acción Comunitaria local.

www.iowacommunityaction.org

Instrucciones para llenar la solicitud para el programa IIAGP

Sección 1. Información del solicitante.

- a. Su nombre y apellido
- b. Su Número de Seguro Social
- c. Su número de teléfono principal y su número de celular
- d. Su dirección de correo electrónico
- e. La dirección del lugar que se vio afectado por el desastre
- f. Condado en el que se encuentra el lugar que se vio afectado por el desastre
- g. Ciudad, estado y código postal del lugar que se vio afectado por el desastre
- h. Si reside en una dirección diferente a la mencionada anteriormente
- i. Condado
- j. Ciudad, estado y código postal
- k. Nombre y número de teléfono de su compañía de seguros
- l. Información de contacto alternativa – (Nombre y número de teléfono)
- m. Número total de adultos en el hogar y número total de niños en el hogar
- n. Ingresos anuales totales de todos los miembros del hogar

Le pedimos que esté preparado para proporcionar la siguiente documentación cuando se le solicite:

- Identificación con fotografía
- Comprobante de residencia
- Comprobante de ingresos (talones de pago, W-2, declaración de impuestos, carta de decisión de beneficio público, carta de seguro social, etc.)
- Cobertura y presentación de seguros (si procede)
- Recibos (si solicita el reembolso de un gasto relacionado con algún desastre)
- Fotos de los daños (si procede)

NOTA: Los ingresos anuales del hogar deben ser del 200% o menos del nivel de pobreza federal para un hogar de ese tamaño.

Directrices Nacionales sobre la Pobreza para 2023

Tamaño de la familia	1	2	3	4	5	6	7	8
200% del nivel de pobreza federal (ingresos anuales)	\$29,160	\$39,440	\$49,720	\$60,000	\$70,280	\$80,560	\$90,840	\$101,120

Sección 2. Información de la pérdida.

Cada hogar **puede** recibir hasta \$5,000 si califica, así como artículos que califiquen y entren en una de las cuatro categorías que se mencionan a continuación. Consulte con su Agencia de Acción Comunitaria local (www.iowacommunityaction.org). Los recibos DEBEN estar a nombre del solicitante.

Alojamiento temporal – Los recibos DEBEN estar a nombre del solicitante. El hogar **puede** recibir hasta \$5,000 por alojamiento calificado en un establecimiento autorizado, como un hotel o motel, si la casa del grupo familiar está destruida, inhabitable, inaccesible o no está disponible para el grupo familiar.

Asistencia alimentaria Reemplazo de alimentos dañados o destruidos, hasta un máximo de \$50 para una persona; \$25 por cada persona adicional en el hogar. No se aceptarán recibos de comida rápida.

Propiedad personal – Algunos ejemplos son: Artículos de cocina, higiene personal, ropa, artículos de dormitorio, etc. Consulte con su Agencia de Acción Comunitaria local (www.iowacommunityaction.org).

Reparaciones en el hogar – Por ejemplo: reparación de componentes estructurales, reparación de pisos, paredes, cielorrasos, puertas, ventanas y alfombras. Consulte con su Agencia de Acción Comunitaria local (www.iowacommunityaction.org).

Se denegará la asistencia en los siguientes casos: si las condiciones preexistentes son la causa de los daños, si el arrendador es dueño de la propiedad y si el título de la propiedad no esta a nombre del solicitante.

Sección 3. Descripción breve del daño ocasionado por el desastre.

Sección 4. – Sección 6. Lea estas secciones con detenimiento.

La solicitud debe incluir su firma original junto con la fecha en la que se firmó la solicitud.