

**ARIZONA DEPARTMENT OF
ECONOMIC SECURITY**

Administración de Servicios de Apelación
Teléfono: 602-514-4600 • Fax: 602-257-7055
1990 W Camelback Rd Suite 200
• Phoenix, AZ 85015
Correo electrónico:
oigasaappeals@azdes.gov

SOLICITUD DE APELACIÓN

ESTADO DE ARIZONA

**ARAP, por sus siglas en inglés (Programa
de Asistencia de Arizona para el Alquiler)**
LIHEAP, por sus siglas en inglés
**(Programa de Asistencia de Energía
para Hogares de Bajos Ingresos)**

INFORMACIÓN DEL APELANTE

Nombre del apelante (*Apellido, Nombre, S.I.*):

Número del Seguro Social del apelante:

Es usted el: inquilino propietario

**Dirección de la propiedad en alquiler (*Núm.,
calle*):** _____

**Vea la página 6 para leer la
declaración de EOE/ADA**

Ciudad: _____

Estado: _____ **Código postal:** _____

INFORMACIÓN DEL PROPIETARIO

Nombre del propietario (*Apellido, Nombre, S.I.*): _____

Dirección (*Núm., calle*):

Ciudad: _____

Estado: _____ **Código postal:** _____

Número de teléfono: hogar _____

móvil _____

INFORMACIÓN SOBRE EL ARRENDAMIENTO

Nombre del arrendatario principal (*Apellido, Nombre, S.I.*): _____

Número de teléfono: hogar _____

móvil _____

Dirección postal si es diferente del alquiler (*Núm., calle*): _____

Ciudad: _____

Estado: _____ **Código postal:** _____

Número de personas en el contrato de arrendamiento, incluyendo el arrendatario:

**Nombres de los inquilinos adicionales
(Nombre, Apellido):**

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____
6. _____

¿Alguien recibe cualquier otra asistencia para la renta? Sí No

En caso afirmativo, ¿qué programa(s)?

¿Ha sido afectado por COVID alguien en el hogar? Sí No

¿Hay algún miembro del hogar que recibe beneficios por desempleo? Sí No

¿Necesita un intérprete? Sí No

¿Cuál idioma? _____

**¿Necesita ayuda debido a una discapacidad?
 Sí No**

Explique:

Representación: Llene esta sección si desea que otra persona lo/la represente para la audiencia.

Nombre del representante:

Dirección (*Núm., calle*):

Ciudad: _____

Estado: _____ **Código postal:** _____

Número de teléfono: _____

¿Necesita esta persona un intérprete?

Sí No

¿Cuál idioma? _____

¿Necesita esta persona ayuda debido a una discapacidad? Sí No

Explique:

¿Qué aviso está apelando?

Fecha: _____

Tipo de solicitud: (*Marque todas las que correspondan*):

Asistencia al alquiler LIHEAP Otro

ID de la solicitud: _____

Fecha de la solicitud: _____

Díganos el motivo de su apelación:

Firma del apelante o de su representante:

Fecha: _____

Nombre de la persona que llenó esta solicitud de apelación:

Programa y Empleador con Igualdad de Oportunidades • Servicios y ayudantes auxiliares para personas con discapacidades están disponibles a petición • Servicios de TTY/TDD: 7-1-1 • Available in English online or at the local office