



Forma de Ayuda y Desastre

Mande de regreso con documentos indicando necesidad a emergencyrelief@bgcmalibu.org

Nombre del Aplicante: _____ Fecha de nacimiento: _____ Sexo: _____

Raza/ Etnicidad: _____ Discapacidad: _____ Estado legal: _____ Veterano: _____

Sueldo anual del hogar (Pre-desastre): \$ _____

Información de Aseguranza Medica: _____

PRESENTE INFORMACION	Numero de Teléfono:			Otro Teléfono:			Correo electrónico:		
	Dirección Actual (incluye # de apartamento)								
	Dirección de correo (si es diferente a la de arriba)								
	El aplicante presente...	<input type="checkbox"/> Dueño de casa	<input type="checkbox"/> Renta	<input type="checkbox"/> Vive con familia/ amigos		<input type="checkbox"/> Reside en un refugio o no tiene hogar		<input type="checkbox"/> Otro	
	Esta residencia es...	<input type="checkbox"/> Apartamento	<input type="checkbox"/> Hotel / Motel	<input type="checkbox"/> Mobil Home / Trailer		<input type="checkbox"/> Familia viviendo en casa		<input type="checkbox"/> Otro	
	Número de personas afectadas por el desastre en la residencia donde viven:								
PRE-DESASTRE	Dirección de hogar antes del desastre								
	Dirección de correo de hogar antes del desastre								
	El aplicante formalmente...	<input type="checkbox"/> Dueño de casa	<input type="checkbox"/> Renta	<input type="checkbox"/> Vive con familia/ amigos		<input type="checkbox"/> Reside en un refugio o no tiene hogar		<input type="checkbox"/> Otro	
	Esta residencia fue..	<input type="checkbox"/> Apartamento	<input type="checkbox"/> Hotel / Motel	<input type="checkbox"/> Mobil Home / Trailer		<input type="checkbox"/> Familia viviendo en casa		<input type="checkbox"/> Otro	
	Número de personas viviendo en el hogar antes del desastre:								

MIEMBROS DEL HOGAR								
Primer Nombre y Apellido	Fecha de nacimiento	Relación al aplicante	Sexo	Raza/ Etnicidad	Dis-capacidad	Aseguranza	Estado legal	Veterano

EVALUACION DE NECESIDADES DEL HOGAR RELACIONADO CON EL DESASTRE	
INVENTARIO DE RIESGOS Marque todo lo que aplica	<input type="checkbox"/> Apicante todavía vive en una casa de amparo, o y una situación temporal de hogar.
	<input type="checkbox"/> Apicante tiene 65 años o es más mayor
	<input type="checkbox"/> Apicante u otros miembros del hogar afectados por el desastre tienen discapacidad física o mental.
	<input type="checkbox"/> Apicante u otros miembros del hogar afectados por el desastre tienen necesidades medicas Especifique:
	<input type="checkbox"/> Apicante u otros miembros del hogar afectados por el desastre tienen enfermedades mentales
	<input type="checkbox"/> Apicante es padre o madre soltera con niños.

NECESIDADES INMEDIATAS Marque todo lo que aplica	Casa (reparar, modificar, desalojo, etc.)	Comida o nutrición	Trabajo:
	Utilidades (desconectar o serán desconectados)	Cuidado medico	Transportación
	Muebles y aparatos eléctricos	Medicamento	Cuidado de niños
	Aplicación de asistencia/ beneficios restauración	Cuidado de salud mental	Ropa
	Otras (especifique otras necesidades):		
	Aplicante pide asistencia de idioma, lenguaje de señas, o asistencia de escribir y leer. Especifique idioma:		
	Aplicante tiene notificación de desalojo y notificación de desconexión de utilidades: Especifique utilidades:		
Por lo menos alguien en el hogar esta asistiendo a clases o es estudiante a Santa Monica College			

ASISTENCIA RELACIONADA AL DESASTRE/DUPLICACION DE BENEFICIOS INFORMACION	
¿El cliente ha sido registrado con FEMA? SI _____ NO _____ FEMA # _____	
¿Si NO, porque no?	
¿Ha recibido asistencia de FEMA hasta ahora? SI _____ NO _____	
¿Si respondió SI, cuanto ha recibido?	
¿Ha aplicado por compensación de desempleo relacionado al desastre? SI _____ NO _____	
¿Ha aplicado por asistencia de comido relacionada al desastre? SI _____ NO _____	
¿Tiene aseguranza contra incendios? SI _____ NO _____	
¿Si respondió SI, cuanto ha recibido?	

VERIFICACION DEL APLICANTE	
CATEGORIAS de IMPACTO Marque todo que aplica	Yo verifico que yo he sido afectada por el Fuego de Woolsey Desastre dentro de las siguientes maneras:
	Yo he sufrido danos físicos directamente causados por el resultado del desastre y/o desarrollado severos problemas de salud mental por el resultado del desastre.
	Yo fue sacada de mi hogar principal como resultado del desastre
	Yo sufrí sustancial o completa perdida o daño de mi hogar principal como resultado del desastre.
	Yo sufrí perdidas económicas de mi sueldo como resultado del desastre
	Yo estoy en duelo por la pérdida de un ser querido.
	Yo soy/ fui un trabajador de primeras emergencias de respuesta durante y siguiendo desastre.
	Yo vive en el área de evacuación mandataria.

ESTABLECER ELEGIBILIDAD DE ASISTENCIA	
	Aplicante vive o vivió en el área del condado identificada dentro de la declaración del desastre por el Fuego de Woolsey.
	Aplicante trabajo o fue empleado en el área del condado identificada dentro de la declaración del desastre por el Fuego de Woolsey.
VERIFICACION DE NECESIDADES FINANCIERAS (Requerido)	Yo certifico y declaro a lo mejor de mi conocimiento y creo que la información que he proveído es verdadera, preciso, y completa, y yo no tengo los recursos financieros para tener mis gastos básicos de vivienda.
	Aplicante Escriba Su Nombre Complete en imprenta:
	Firma del Aplicante:
	Co- Aplicante Escriba Su Nombre Complete en imprenta:
	Firma del Co-Aplicante:
	Empleado (el que tomo la forma) Escriba Su Nombre Complete en imprenta:
	Firma del Empleado (el que tomo la forma):
Fecha de entregar la forma:	

Debe presentar:

- El formulario de Aplicación para Asistencia de Emergencia / Formulario Básico Admisión
- Copia de la licencia de Conducir / Identificación del Gobierno
- Prueba de residencia o asociación incorporada a los límites de la Ciudad de Malibu

Documentación de Corroboración (debe presentar por lo menos dos):

- Verificación de Empleo y Formulario de Pérdida de Ingresos
- Prueba de la Aplicación Estatal del Desempleo por Desastre
- Prueba de la aplicación de FEMA
- Estado de cuenta bancarios
- Factura de servicios
- Prueba de que no tenía seguridad
- Recibos
- Fotos de los daños o de la propiedad perdida