



# ACTUALIZADA - NATIONAL CITY COVID-19 TENANT BASED RENTAL ASSISTANCE

## DECLARACIÓN PERSONAL Y CUESTIONARIO PARA ASISTENCIA DE ALQUILER

### AVISO DE AUSENCIA DE RESPONSABILIDAD

ESTE PROGRAMA DE ASISTENCIA DE ALQUILER COVID-19 ESTÁ DISPONIBLE A TRAVÉS DE FONDOS DE SUBVENCIÓN LIMITADOS PROPORCIONADOS POR LA CIUDAD DE NATIONAL CITY BAJO EL PROGRAMA *HOME INVESTMENT PARTNERSHIPS PROGRAM (HOME)* ASISTIRÁ A LOS HOGARES DE BAJOS INGRESOS EN LA CIUDAD DE NATIONAL CITY QUE HAN SUFRIDO UNA PÉRDIDA DE INGRESOS Y NO PUEDEN PAGAR SU ALQUILER ATRASADO DEBIDO A PROBLEMAS FINANCIEROS RELACIONADOS CON COVID-19.

**LA PRESENTACIÓN DE ESTÁ SOLICITUD Y LA DOCUMENTACIÓN JUSTIFICATIVA REQUERIDA DE NINGUNA MANERA GARANTIZA LA ACEPTACIÓN DEL SOLICITANTE EN EL PROGRAMA O LA PROVISIÓN DE CUALQUIER OTRO BENEFICIO DE ASISTENCIA DE VIVIENDA, AUN SI SE CUMPLEN TODOS LOS REQUISITOS DE ELEGIBILIDAD. TODAS LAS CONCESIONES DEPENDEN DE LA FINANCIACIÓN DISPONIBLE. CONSIDERANDO LA DEMANDA ALTA Y FINANCIACIÓN LIMITADA ASOCIADA CON ESTE PROGRAMA, LOS SOLICITANTES NO DEBEN CONFIAR EXCLUSIVAMENTE EN LA PRESENTACIÓN DE ESTA SOLICITUD DE BENEFICIOS DE ASISTENCIA DE VIVIENDA Y SE LES RECOMIENDA QUE BUSQUEN SIMULTÁNEAMENTE CUALQUIERA Y TODAS LAS DEMÁS OPORTUNIDADES DE VIVIENDA QUE PUEDAN ESTAR DISPONIBLES.**

LAS SOLICITUDES SE PROCESARÁN POR ORDEN DE LLEGADA SOBRE LA BASE DE LA PRESENTACIÓN DE LA SOLICITUD ADECUADAMENTE Y TOTALMENTE COMPLETADA CON TODOS LOS DOCUMENTOS JUSTIFICATIVOS REQUERIDOS.

### **RECOGIDA, ASISTENCIA, Y PRESENTACIÓN DE SOLICITUD**

**Family Resource Center** (304 W. 18th St., National City) Lunes a Viernes, 8 am-12 pm y 1pm-5 pm.  
**South Bay Community Services** en 430 F. Street Chula Vista, CA 91910 (Lunes a Viernes 8:30am-5:00pm)  
**Email:** [rentalassistance@csbcs.org](mailto:rentalassistance@csbcs.org) (Asegúrese de adjuntar todos los documentos justificativos.)



**DECLARACIÓN PERSONAL Y CUESTIONARIO DEL PROGRAMA  
COVID-19 TENANT BASED RENTAL ASSISTANCE DE NATIONAL CITY**

CONTESTE TODAS LAS PREGUNTAS COMPLETAMENTE Y PRECISAMENTE PARA TODAS LAS PERSONAS  
QUE RESIDEN O TIENEN LA INTENCIÓN DE RESIDIR EN LA VIVIENDA DE ASISTENCIA

**A. COMPOSICIÓN DEL HOGAR:  
INFORMACIÓN SOBRE LOS ADULTOS EN SU HOGAR**

1. Jefe de Familia – Escriba su nombre e información personal:

Apellido, Nombre, Inicial del Segundo Nombre		Sexo	Número de Seguro Social	Fecha de Nacimiento	Lugar de Nacimiento
		<input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer			
Mejor Número de Teléfono de Contacto	# de Lic. de Conducir o Identificación	<input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Negro/Afroamericano <input type="checkbox"/> Hispano/Latino <input type="checkbox"/> No-Hispano <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Isleño Pacífico <input type="checkbox"/> Indio Americano/Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Otra			
(   )					
Dirección			Ciudad	Estado	Código Postal
Marque todas las que apliquen:					
<input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Viudo <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado <input type="checkbox"/> Discapacitado <input type="checkbox"/> Retirado <input type="checkbox"/> Empleado <input type="checkbox"/> Desempleado <input type="checkbox"/> Estudiante					

2. Escriba el nombre de su cónyuge u otro adulto e información personal:

Apellido, Nombre, Inicial del Segundo Nombre		Sexo	Número de Seguro Social	Fecha de Nacimiento	Lugar de Nacimiento
		<input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer			
Relación a Jefe de Familia	# de Lic. de Conducir o Identificación	<input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Negro/Afroamericano <input type="checkbox"/> Hispano/Latino <input type="checkbox"/> No-Hispano <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Isleño Pacífico <input type="checkbox"/> Indio Americano/Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Otra			
Marque todas las que apliquen:					
<input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Viudo <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado <input type="checkbox"/> Discapacitado <input type="checkbox"/> Retirado <input type="checkbox"/> Empleado <input type="checkbox"/> Desempleado <input type="checkbox"/> Estudiante					

Si es necesario, use hojas de papel en blanco para proporcionar la misma información anterior para cada adulto adicional en el hogar.

**INFORMACIÓN SOBRE LOS NIÑOS EN SU HOGAR**

1. Enumere cada niño/niña menor de 18 años que vive o permanece con usted:

Apellido, Nombre, Inicial del Segundo Nombre		Sexo	Número de Seguro Social	Fecha de Nacimiento	Lugar de Nacimiento
		<input type="checkbox"/> Niño <input type="checkbox"/> Niña			
Relación a Jefe de Familia	Niño de Acogida	<input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Negro/Afroamericano <input type="checkbox"/> Hispano/Latino <input type="checkbox"/> No-Hispano <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Isleño Pacífico <input type="checkbox"/> Indio Americano/Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Otra			
	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No				

2. Enumere cada niño/niña menor de 18 años que vive o permanece con usted:

Apellido, Nombre, Inicial del Segundo Nombre		Sexo	Número de Seguro Social	Fecha de Nacimiento	Lugar de Nacimiento
		<input type="checkbox"/> Niño <input type="checkbox"/> Niña			
Relación a Jefe de Familia	Niño de Acogida	<input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Negro/Afroamericano <input type="checkbox"/> Hispano/Latino <input type="checkbox"/> No-Hispano <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Isleño Pacífico <input type="checkbox"/> Indio Americano/Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Otra			
	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No				

3. Enumere cada niño/niña menor de 18 años que vive o permanece con usted:

Apellido, Nombre, Inicial del Segundo Nombre		Sexo	Número de Seguro Social	Fecha de Nacimiento	Lugar de Nacimiento
		<input type="checkbox"/> Niño <input type="checkbox"/> Niña			
Relación a Jefe de Familia	Niño de Acogida	<input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Negro/Afroamericano <input type="checkbox"/> Hispano/Latino <input type="checkbox"/> No-Hispano <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Isleño Pacífico <input type="checkbox"/> Indio Americano/Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Otra			
	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No				

Si es necesario, use hojas de papel en blanco para proporcionar la misma información anterior para cada niño adicional en el hogar.

**B. ALOJAMIENTO RAZONABLE:**

¿Necesita una acomodación específica/especial para utilizar plenamente los servicios de nuestra agencia?    Sí    No

Si la respuesta es SÍ, por favor especifique cómo podemos acomodar su discapacidad:

---



---

**C. HISTORIAL DE EMPLEO:**

1. Miembro del hogar que trabaja actualmente o trabajó antes del 13 de Marzo de 2020:

Apellido, Nombre			Empleado por Cuenta Propia	Fecha de Inicio de Empleo	Último día de empleo, si no trabaja actualmente
			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
Horas Trabajadas Semanalmente	Salario por Hora	Propinas por Semana	¿Con qué frecuencia le pagan?	Nombre del Empleador	
	\$	\$			
Dirección del Empleador (Calle, Ciudad, Estado, Código Postal)				# de Tel. del Empleador	# de Fax del Empleador
				(   )	(   )

2. Miembro del hogar que trabaja actualmente o trabajó antes del 13 de Marzo de 2020:

Apellido, Nombre			Empleado por Cuenta Propia	Fecha de Inicio de Empleo	Último día de empleo, si no trabaja actualmente
			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
Horas Trabajadas Semanalmente	Salario por Hora	Propinas por Semana	¿Con qué frecuencia le pagan?	Nombre del Empleador	
	\$	\$			
Dirección del Empleador (Calle, Ciudad, Estado, Código Postal)				# de Tel. del Empleador	# de Fax del Empleador
				(   )	(   )

Si es necesario, use hojas de papel en blanco para proporcionar información adicional.

**D. INFORMACIÓN SOBRE OTROS INGRESOS:** Por favor proporcione la prueba actual de cualesquiera ingresos reportados a continuación. Marque SÍ o NO para cada tipo de ingreso.

Si la respuesta es SÍ, complete toda la información requerida para los ingresos recibidos o que se espera recibir por o para cualquier miembro del hogar, incluidos los niños. Si es necesario, informe de cualquier otra fuente adicional en una hoja de papel separada.

Tipo de Ingresos	¿Recibe este tipo de Ingresos?	Quien Recibe los Fondos	Nombre y Dirección del Proveedor	Cantidad Mensual \$
------------------	--------------------------------	-------------------------	----------------------------------	---------------------

Beneficios de Seguro Social - SSA y/o SSI	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
CALWORKS	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
Estampillas de Comida/CalFresh	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
Seguro Estatal de Incapacidad	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
Seguro de Compensación al Trabajador	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
Seguro de Desempleo	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
Beneficios del Veterano	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
Pago/Asignación Militar	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
Pensión o Jubilación	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
Pensión Alimenticia	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
Pensión Conyugal	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
Contribuciones	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
Regalos o Préstamos	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
Ingresos del Alquiler	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
Ayuda Financiera Escolar	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
Otro(s) Ingreso(s)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			

Si es necesario, informe de cualquier otra fuente adicional en una hoja de papel en blanco separada.

**E. INFORMACIÓN SOBRE ACTIVOS:** Debe proporcionar el comprobante actual del activo (cuenta bancaria, etc.) que se indica a continuación.

Marque SÍ o NO junto al tipo de activo. Si la respuesta es SÍ, complete toda la información de cualquier activo poseído o sostenido por o para cualquier miembro del hogar, incluyendo a los niños.

Tipo de Activo	¿Tiene este Activo?	Nombre(s) en Cuenta	Saldo/Valor	Cuenta/ # de Póliza	Nombre y Dirección de la Institución
Dinero en Efectivo	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		\$		
Cuenta de Cheques	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		\$		
			\$		
Cuenta de Ahorros	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		\$		
			\$		
Otras Cuentas	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		\$		

Si es necesario, informe de cualquier otro activo adicional en una hoja de papel separada.

**F. OTRA INFORMACIÓN:**

**NECESIDAD DE ASISTENCIA**

¿Es su necesidad para asistencia debido a COVID-19? Si la respuesta es Sí, por favor explique a continuación.  Sí  No

Consecuencia de COVID-19
<input type="checkbox"/> Tuve una reducción en las horas de trabajo debido a COVID-19
<input type="checkbox"/> Perdí mi trabajo debido a COVID-19 (es decir, cierre de negocio temporal, cierre de negocio permanente)
<input type="checkbox"/> Tuve que renunciar/tomar una licencia o reducir mis horas debido a falta de cuidado infantil y/o cierre de escuela debido a COVID-19
<input type="checkbox"/> Tuve que renunciar/tomar una licencia debido a que tengo (o alguien en mi hogar tiene) una condición médica subyacente grave (cómo enfermedad cardíaca, enfermedad pulmonar crónica, diabetes o cáncer) y cómo resultado no puedo seguir trabajando debido a COVID-19

**ALQUILER/RENTA**

¿Ha recibido asistencia de alquiler de alguna agencia desde Enero de 2020 hasta la fecha?  Sí  No

Si Sí, ¿Quién? (Nombre)	Fecha (última ayuda recibida)	Ciudad, Estado/Territorio estadounidense	Cantidad \$

¿Está rentando/alquilando de un pariente?  Sí  No

¿Está en buen estado (al día con pagos de alquiler, sin procedimientos de desalojo, etc.) con su propietario antes del 13 de Marzo de 2020?  Sí  No Comentario: \_\_\_\_\_

¿Cuál es su alquiler mensual? (debe coincidir con el contrato de arrendamiento o el estado de alquiler reciente):\$ \_\_\_\_\_

Número de personas que residen en la vivienda: \_\_\_\_\_

Número de recamaras/dormitorios en la vivienda: \_\_\_\_\_

Nombre del Propietario: \_\_\_\_\_ Número de Tel. del Propietario: \_\_\_\_\_

¿Ha presentado una carta a su propietario explicando su incapacidad para pagar el alquiler debido a COVID-19?  Sí  No



El financiador de South Bay Community Services mantiene una política de tolerancia de cero para la actividad criminal relacionada con las drogas o violencia. Según el financiador, los miembros del hogar no pueden participar en actividades delictivas violentas o relacionadas con las drogas, ni pueden participar en actividades delictivas que amenacen la salud, la seguridad o el derecho al disfrute pacífico de otros residentes y personas que residen en las inmediaciones de los locales (véase 24CFR 982.553). Según el financiador, los delitos previos de narcóticos o abuso de drogas deben ser reportados incluso si el solicitante/participante ha completado con éxito un programa de desvío de narcóticos o abuso de drogas (Código Penal Sección 1000). Según el financiador, el registro que pertenece a la detención que resulte en la finalización exitosa de un programa de desvío no se utilizará, sin el consentimiento del desviado, de ninguna manera que pueda resultar en la denegación de cualquier beneficio.

**ACTIVIDAD DELICTIVA RELACIONADA CON LAS DROGAS:** "La fabricación ilegal, venta, distribución, uso o posesión ilegal con la intención de fabricar, vender, distribuir o usar, de una sustancia controlada (según se define en la Ley de Sustancias Controladas, 21 U.S.C. 802(6))."

**ACTIVIDAD DELICTIVA VIOLENTA:** Cualquier actividad criminal ilegal que tenga como uno de sus elementos el uso, intento de uso o amenaza de uso de la fuerza física contra la persona o propiedad de otro.

¿Ha sido usted o algún miembro de su hogar arrestado o involucrado en alguna actividad criminal relacionada con drogas?

Sí  No

Si Sí, ¿Quién? (Nombre)	Fecha Implicada	Ciudad/Estado o Condado (donde fue arrestado o involucrado)	Tipo de Droga en su arresto/participación

¿Ha sido usted o algún miembro de su hogar arrestado o involucrado en alguna actividad criminal violenta, incluyendo la amenaza del uso de la fuerza física contra una persona o propiedad de otra persona?  Sí  No

Si Sí, ¿Quién? (Nombre)	Fecha Implicada	Ciudad/Estado o Condado (donde fue arrestado o involucrado)	Breve Descripción de Actividad

¿Ha sido usted a algún miembro de su hogar arrestado o involucrado en alguna actividad de abuso de alcohol?  Sí  No

Si Sí, ¿Quién? (Nombre)	Fecha Implicada	Ciudad/Estado o Condado (donde fue arrestado o involucrado)	Breve Descripción de Actividad

¿Está usted, o cualquier miembro actual o futuro del hogar sujeto a un requisito de registro de delincuente sexual de por vida?

Sí  No

Si Sí, ¿Quién? (Nombre)	Ciudad/Estado de Registro	Fecha de Registro como Delincuente Sexual

¿Usted o algún miembro del hogar ha sido arrestado o llevado a la cárcel o prisión por cualquier razón?  Sí  No

Si Sí, ¿Quién? (Nombre)	Fecha de Arresto	Ciudad/Estado o País donde fue arrestado	Breve Descripción de Arresto

**I. RESPONSABILIDADES DE PRESENTACIÓN DE INFORMES:**

**AVISO:** EL TITULO 18, SECCIÓN 1001 DEL CÓDIGO DE LOS ESTADOS UNIDOS, ESTABLECE QUE UNA PERSONA ES CULPABLE DE UN DELITO GRAVE POR HABER HECHO DECLARACIONES FALSAS O FRAUDULENTAS A SABIENDAS O VOLUNTARIAMENTE A CUALQUIER DEPARTAMENTO O AGENCIA DE LOS ESTADOS UNIDOS. HACER DECLARACIONES FALSAS ES UN DELITO GRAVE BAJO LA LEY DEL ESTADO DE CALIFORNIA (SECCIONES DEL CÓDIGO PENAL: 115, 118, 487 Y 532) Y PUEDE RESULTAR EN CARGOS CRIMINALES INCLUYENDO PERJURIO, ROBO, PRESENTAR DOCUMENTOS FALSOS CON UNA OFICINA O AGENCIA PUBLICA, Y OBTENER DINERO BAJO PRETENSIONES FALSAS.

Entiendo/Entendemos que las declaraciones falsas y las falsificaciones son punibles bajo las leyes federales y estatales. Las adiciones al hogar deben ser aprobadas por adelantado a menos que se deban al nacimiento, adopción o custodia otorgada por la corte.

También entiendo/entendemos que yo/nosotros podemos ser responsables de cualquier reclamación por alquiler no pagado, danos o perdida de vacante pagada por South Bay Community Services en mi nombre, o por el pago completo de la asistencia de vivienda.

Declaro, bajo pena de perjurio bajo las leyes de los Estados Unidos de América y el Estado de California, que la información contenida en este cuestionario es verdadera, correcta y completa.

\_\_\_\_\_  
Firma del Jefe/Jefa de la Familia                      Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma del Cónyuge/Otro Adulto                      Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma de Otro Adulto                      Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma de Otro Adulto                      Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma de Otro Adulto                      Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma de Otro Adulto                      Fecha

**PARA EL USO DE SOUTH BAY COMMUNITY SERVICES SOLAMENTE**

**Certifico que he revisado esta Declaración Personal y Cuestionario del Programa de Asistencia de Alquiler y todas las verificaciones y documentos de apoyo proporcionados según lo requerido por las directrices del Programa.**

\_\_\_\_\_  
Nombre de Especialista

\_\_\_\_\_  
Firma de Especialista

\_\_\_\_\_  
Fecha



South Bay Community Services no negará a ningún residente la igualdad de oportunidades para solicitar o recibir asistencia bajo cualquier programa administrado sobre la base de raza, color, sexo, religión, credo, origen nacional o étnico, edad, estado familiar o civil, discapacidad, fuente de ingresos u orientación sexual.



**Cada miembro del hogar de 18 años o mayor debe leer y firmar un Formulario de Autorización para la Divulgación de Información. En este paquete se incluye un formulario separado para cada adulto. Si necesita Formularios de Autorización adicionales, póngase en contacto con South Bay Community Services (SBCS).**

## AUTORIZACIÓN PARA LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN

Yo, \_\_\_\_\_ (nombre legal), autorizo por este medio a cualquier agencia, oficina, grupos de organizaciones o empresas a divulgar a SOUTH BAY COMMUNITY SERVICES (SBCS) y/o la CIUDAD DE NATIONAL CITY (CIUDAD) cualquier información o materiales que se consideren necesarios para completar y verificar mi solicitud de participación y/o para mantener mi asistencia continua bajo el Programa de Asistencia *HOME Tenant Based Rental Assistance* de SBCS proporcionado a través de una subvención de la CIUDAD. La información necesaria puede incluir verificación o consultas sobre mi identidad, miembros del hogar, empleo e ingresos, activos, subsidios o preferencias que he reclamado, y residencia. Estas organizaciones deben incluir, pero no se limitan a: la CIUDAD, instituciones financieras; Comisión de Seguridad de Empleo; instituciones educativas; empleadores pasados o presentes; Administración del Seguro Social; agencias de bienestar y estampillas de comida; Administración de Veteranos; secretario de la corte; empresas de servicios públicos; Pagadores de Compensación de Trabajadores; sistemas públicos y privados de jubilación; agencias de aplicación de la ley; centros de servicios médicos y proveedores de crédito. Además, reconozco y acepto que esta Autorización también permite expresamente a SBCS divulgar y compartir cualquiera de la información indicada aquí con la CIUDAD.

Entiendo que SBCS y/o la CIUDAD y/o el Departamento de Vivienda y Desarrollo Urbano de Estados Unidos (HUD) pueden utilizar a terceros para verificar la información y otros programas de computación para verificar la información proporcionada en mi solicitud o recertificación. Es entendido y se acuerda que esta autorización o la información obtenida con su uso se pueden dar y utilizar por SBCS y/o la CIUDAD y/o HUD en la administración y aplicación de las normas y regulaciones del programa y que SBCS y/o CIUDAD y/o HUD pueden obtener dicha información en el curso de sus funciones de otras agencias estatales o locales, incluyendo Agencias de Seguridad de Empleo estatales; Departamento de Defensa; Oficina de Administración de Personal; la Administración del Seguro Social; y las agencias estatales de bienestar y estampillas de comida. Si hay una discrepancia entre la información proporcionada por las fuentes anteriores y la información que he proporcionado, entiendo que SBCS y/o la CIUDAD pueden tomar medidas para terminar mi asistencia de *HOME Tenant Based Rental Assistance* y requerirá el reembolso de beneficios que no era elegible para recibir.

***Es con mi entendimiento y consentimiento que una fotocopia o un fax electrónico de esta autorización puede ser utilizado para los fines indicados anteriormente. Esta autorización es válida por dos años a partir de la fecha de mi firma.***

<hr/>	<hr/>	<hr/>	<hr/>
<b>Dirección</b>	<b>Ciudad</b>	<b>Estado</b>	<b>Código Postal</b>
<hr/>	<hr/>	<hr/>	<hr/>
<b>Número de Seguro Social</b>	<b>Fecha de Nacimiento</b>	<b>Número de Teléfono</b>	
<hr/>	<hr/>	<hr/>	
<b>Firma</b>	<b>Fecha de Firma</b>		