

**ARIZONA DEPARTMENT OF  
ECONOMIC SECURITY  
Administración de Asistencia  
para Familias**

**SOLICITUD DE INFORMACIÓN Y  
ACUERDO PARA PROPORCIONAR  
INFORMACIÓN QUE FALTA**

**Case Name:**

---

**Applicant's Name (*Last, First, M.I.*):**

---

**AZTECS Case No.:** \_\_\_\_\_

**Local Office Address (*No., Street,  
City, State, ZIP Code*):**

---

---

**Check all that apply:**

**NA/CA/TC      MA**

**Vea la página 20 para leer la declaración  
de USDA/EOE/ADA/LEP/GINA**

**DEVUELVA ESTE FORMULARIO  
CON LAS VERIFICACIONES  
MARCADAS (✓) ABAJO**

**Devolver a:**

---

**Buzón:** \_\_\_\_\_ **Unidad:** \_\_\_\_\_

**Código de área y teléfono:**

---

**Worker's Signature:** \_\_\_\_\_

**Date:** \_\_\_\_\_

**DECLARACIÓN DE ENTENDIMIENTO:**  
Me han explicado la necesidad de proporcionar la prueba(s) indicada abajo. Entiendo mi responsabilidad de proporcionar esta prueba(s). También entiendo que si no puedo proporcionar la prueba(s), le pediré ayuda a mi trabajador. Proporcionaré la prueba(s) para la fecha siguiente: \_\_\_\_\_.

**Si no proporciono la prueba(s) necesaria, puede que el beneficio(s) indicado arriba sea cambiado, denegado o terminado.**

**Firma del solicitante:** \_\_\_\_\_

**Fecha:** \_\_\_\_\_

<b>VERIFICACIONES</b>	<b>NECESARIA PARA</b>			<b>NECESARIA PARA PERSONA(S) MES(ES)</b>
	<b>NA</b>	<b>CA</b>	<b>MA</b>	
<p><b>Verificación de embarazo. Fecha estimada de nacimiento:</b></p> <p><i><b>(Para una prueba de embarazo gratis, llame al 1-800-833-4642)</b></i></p>				

<b>VERIFICACIONES</b>	<b>NECESARIA PARA</b>			<b>NECESARIA PARA PERSONA(S) MES(ES)</b>
	<b>NA</b>	<b>CA</b>	<b>MA</b>	
<b>Identidad</b>				
<b>Dirección residencial / Estado de residencia temporal</b>				
<b>Certificado de nacimiento / Bautizo / Tarjeta de Censo Tribal / Datos biográficos / Prueba de edad</b>				

<b>VERIFICACIONES</b>	<b>NECESARIA PARA</b>			<b>NECESARIA PARA PERSONA(S) MES(ES)</b>
	<b>NA</b>	<b>CA</b>	<b>MA</b>	
<b>Prueba de ciudadanía, estado de inmigración o 40 trimestres</b>				
<b>Número de Seguro Social / Solicitud de Número de Seguro Social</b>				

<b>VERIFICACIONES</b>	<b>NECESARIA PARA</b>			<b>NECESARIA PARA PERSONA(S) MES(ES)</b>
	<b>NA</b>	<b>CA</b>	<b>MA</b>	
<b>Decreto de Divorcio / Órdenes de Sustento para Menores / Certificado de Matrimonio</b>				
<b>Prueba de asistencia escolar / Fecha de terminación del programa</b>				

<b>VERIFICACIONES</b>	<b>NECESARIA PARA</b>			<b>NECESARIA PARA PERSONA(S) MES(ES)</b>
	<b>NA</b>	<b>CA</b>	<b>MA</b>	
<b>Declaración firmada del arrendador o persona sin parentesco con usted, verificando quiénes viven en el hogar. Arrendador o persona sin parentesco no debe vivir en el mismo hogar. <i>(Tiene que incluir la dirección y el número de teléfono de la persona que firma)</i></b>				

<b>VERIFICACIONES</b>	<b>NECESARIA PARA</b>			<b>NECESARIA PARA PERSONA(S) MES(ES)</b>
	<b>NA</b>	<b>CA</b>	<b>MA</b>	
<b>Declaración de cómo su hogar compra y prepara la comida</b>				
<b>Declaración médica de incapacidad, incluso duración de la incapacidad o el episodio de emergencia</b>				



VERIFICACIONES	NECESARIA PARA			NECESARIA PARA PERSONA(S) MES(ES)
	NA	CA	MA	
<p><b>Prueba de todos los gastos médicos mensuales (<i>en total de \$35.01 o más</i>)</b>  <b>Durante el periodo desde:</b>  <b>hasta:</b></p>				

<b>VERIFICACIONES</b>	<b>NECESARIA PARA</b>			<b>NECESARIA PARA PERSONA(S) MES(ES)</b>
	<b>NA</b>	<b>CA</b>	<b>MA</b>	
<b>Cooperar con: DCSS Orientación preliminar para el programa de Jobs (JPPO) Oficina de Empleo JOBS Native Employment Works (NEW)</b>				
<b>Estados actuales de todas las cuentas de banco / uniones de crédito y transacciones IDA</b>				

<b>VERIFICACIONES</b>	<b>NECESARIA PARA</b>			<b>NECESARIA PARA PERSONA(S) MES(ES)</b>
	<b>NA</b>	<b>CA</b>	<b>MA</b>	
<b>Propiedad inmueble (solares, edificios, casa, terreno, etc.)</b>				
<b>Otra propiedad personal (bonos, joyas, seguro de vida, ganado, etc.)</b>				
<b>Ingresos estudiantiles (subvenciones, becas, préstamos, estudio y trabajo, etc.)</b>				

<b>VERIFICACIONES</b>	<b>NECESARIA PARA</b>			<b>NECESARIA PARA PERSONA(S) MES(ES)</b>
	<b>NA</b>	<b>CA</b>	<b>MA</b>	
<b>Gastos estudiantiles (<i>matrícula, libros, transporte, etc.</i>)</b>				
<b>Ingreso bruto ganado (<i>talones de cheques o declaración firmada del empleador</i>) para cada periodo de pago. Listado por fin del periodo de pago la fecha de pago, y ingreso bruto para cada fecha de pago. <b>Desde:</b> <b>hasta:</b></b>				

<b>VERIFICACIONES</b>	<b>NECESARIA PARA</b>			<b>NECESARIA PARA PERSONA(S) MES(ES)</b>
	<b>NA</b>	<b>CA</b>	<b>MA</b>	
<b>Ingreso de negocio propio:</b> <b>Nuevo Continuo</b> <b>Durante el periodo desde:</b> <b>hasta:</b>				
<b>Gastos de negocio propio</b> <b>Durante el periodo desde:</b> <b>hasta:</b>				

VERIFICACIONES	NECESARIA PARA			NECESARIA PARA PERSONA(S) MES(ES)
	NA	CA	MA	
<p><b>Otro ingreso: SSI</b>  <b>SSA VA UI</b>  <b>Sustento para menores</b>  <b>En especio</b>  <b>Ganancias de la lotería y de juego</b>  <b>(\$3750 o más en un solo juego)</b>  <b>Durante el periodo desde:</b>  <b>hasta:</b></p>				

<b>VERIFICACIONES</b>	<b>NECESARIA PARA</b>			<b>NECESARIA PARA PERSONA(S) MES(ES)</b>
	<b>NA</b>	<b>CA</b>	<b>MA</b>	
<p><b>Prueba de que el ingreso ha terminado, y la fecha Último día que trabajó:</b></p> <p><b>Último día pagado:</b></p>				
<p><b>Hipoteca Alquiler</b></p> <p><b>Espacio alquilado</b></p> <p><b>Impuestos de propiedad</b></p> <p><b>Seguro como dueño de casa</b></p> <p><b>Asociación de propietarios (HOA)</b></p>				

<b>VERIFICACIONES</b>	<b>NECESARIA PARA</b>			<b>NECESARIA PARA PERSONA(S) MES(ES)</b>
	<b>NA</b>	<b>CA</b>	<b>MA</b>	
<b>Servicios públicos:</b> <b>Electricidad</b> <b>Agua Gas</b> <b>Teléfono</b> <b>Otro (<i>especifique</i>):</b>				
<b>Declaración de cómo se han pagado los gastos, las cantidades y quién los paga</b>				



<b>VERIFICACIONES</b>	<b>NECESARIA PARA</b>			<b>NECESARIA PARA PERSONA(S) MES(ES)</b>
	<b>NA</b>	<b>CA</b>	<b>MA</b>	
<p><b>Gastos por cuidado de dependientes. Facturados por:</b></p> <p><b>Durante el periodo desde:</b></p> <p><b>hasta:</b></p>				
<p><b>Solicitud para otros beneficios (especifique SSI, UI, VA, RR, etc.)</b></p> <p><b>Tipo de beneficio:</b></p>				

<b>VERIFICACIONES</b>	<b>NECESARIA PARA</b>			<b>NECESARIA PARA PERSONA(S) MES(ES)</b>
	<b>NA</b>	<b>CA</b>	<b>MA</b>	
<b>Ingresos y gastos por sobrepagos. Durante el periodo desde: hasta:</b>				
<b>Otro (<i>especifique</i>):</b>				

# Información adicional necesaria:

## **El USDA es un proveedor y empleador con igualdad de oportunidades**

**• Agencias de DES/TANF son empleadores y programas de igualdad de oportunidades • Bajo los Títulos VI y VII de la Ley de los Derechos Civiles de 1964 (Títulos VI y VII) y la Ley de Estadounidenses con Discapacidades de 1990 (ADA por sus siglas en inglés), Sección 504 de la Ley de Rehabilitación de 1973, Ley contra la Discriminación por Edad de 1975 y el Título II de la Ley contra la Discriminación por Información Genética (GINA por sus siglas en inglés) de 2008; el Departamento prohíbe la discriminación en la admisión, programas, servicios, actividades o empleo basado en raza, color, religión, sexo, origen, edad, discapacidad, genética y represalias. Para obtener este documento en otro formato u obtener información adicional sobre esta política, comuníquese con la oficina local; Servicios de TTY/TDD: 7-1-1. • Ayuda gratuita con traducciones relacionadas a los servicios del DES está disponible a solicitud del cliente. • Available in English on-line or at the local office.**