

**ARIZONA DEPARTMENT
OF ECONOMIC SECURITY**
**Administración de
Asistencia para Familias**
**DECLARACIÓN DE
SUELDO DE EMPLEO POR
CUENTA PROPIA**

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

**Fecha de inicio del
negocio:** _____

**Vea la páginas 15-21
para leer la declaración
de USDA/EOE/ADA**

Número de caso:

ID de solicitud:

¿Qué tipo de negocio es este? _____

¿Declara impuestos?
Sí No

Nombre del negocio:

Dirección del negocio:

Cuando se necesita espacio adicional, adjunte una hoja de papel por separado.

MES/AÑO:		
Fecha:	Sueldo:	Horas:
Fecha:	Tipo de gasto:	Cantidad de gasto:

MES/AÑO:		
Fecha:	Sueldo:	Horas:
Fecha:	Tipo de gasto:	Cantidad de gasto:

MES/AÑO:		
Fecha:	Sueldo:	Horas:
Fecha:	Tipo de gasto:	Cantidad de gasto:

MES/AÑO:		
Fecha:	Sueldo:	Horas:
Fecha:	Tipo de gasto:	Cantidad de gasto:

MES/AÑO:		
Fecha:	Sueldo:	Horas:
Fecha:	Tipo de gasto:	Cantidad de gasto:

MES/AÑO:		
Fecha:	Sueldo:	Horas:
Fecha:	Tipo de gasto:	Cantidad de gasto:

MES/AÑO:		
Fecha:	Sueldo:	Horas:
Fecha:	Tipo de gasto:	Cantidad de gasto:

MES/AÑO:		
Fecha:	Sueldo:	Horas:
Fecha:	Tipo de gasto:	Cantidad de gasto:

MES/AÑO:		
Fecha:	Sueldo:	Horas:
Fecha:	Tipo de gasto:	Cantidad de gasto:

MES/AÑO:		
Fecha:	Sueldo:	Horas:
Fecha:	Tipo de gasto:	Cantidad de gasto:

MES/AÑO:		
Fecha:	Sueldo:	Horas:
Fecha:	Tipo de gasto:	Cantidad de gasto:

MES/AÑO:		
Fecha:	Sueldo:	Horas:
Fecha:	Tipo de gasto:	Cantidad de gasto:

Nombre en letra de molde:

Firma: _____

Fecha: _____

De acuerdo con la ley federal de derechos civiles y las normas y políticas de derechos civiles del Departamento de Agricultura de los Estados Unidos (USDA), esta entidad está prohibida de discriminar por motivos de raza, color, origen nacional,

sexo (incluyendo identidad de género y orientación sexual), credo religioso, discapacidad, edad, creencias políticas, o represalia o retorsión por actividades previas de derechos civiles.

La información sobre el programa puede estar disponible en otros idiomas que no sean el inglés. Personas con discapacidad que requieran medios alternos de comunicación para obtener información sobre el programa

(por ejemplo, Braille, letra grande, cinta de audio, lenguaje de señas americano), debe ponerse en contacto con la agencia (estatal o local) donde solicitaron los beneficios. Las personas sordas, con dificultades auditivas o con discapacidades del habla pueden comunicarse con el USDA a través del Servicio Federal de Retransmisión al (800) 877-8339.

Para presentar una queja por discriminación en el

programa, el reclamante debe llenar un formulario AD-3027, formulario de queja por discriminación en el programa del USDA que puede obtenerse en línea en: <https://www.usda.gov/sites/default/files/documents/ad-3027s.pdf>, en cualquier oficina del USDA, llamando al (833) 620-1071, o escribiendo una carta dirigida al USDA. La carta debe contener el nombre del demandante, la dirección, el número de teléfono y una

descripción escrita de la acción discriminatoria alegada con suficiente detalle para informar al Subsecretario de Derechos Civiles (ASCR) sobre la naturaleza y fecha de una presunta violación de derechos civiles. El formulario AD-3027 completado o la carta debe presentarse por:

- 1. correo:
Food and Nutrition
Service, USDA
1320 Braddock
Place, Room 334**

**Alexandria, VA
22314; o**

2. fax:

**(833) 256-1665, o
(202)-690-7442; o
bien por**

3. correo electrónico:

**[FNSCIVILRIGHTS
COMPLAINTS@usda.
gov](mailto:FNSCIVILRIGHTS
COMPLAINTS@usda.
gov)**

**Esta entidad es
un proveedor que
brinda igualdad de
oportunidades.**

**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. • Available in English on-line or at the local office.