

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

**REMOCIÓN DE UN(A)
REPRESENTANTE
AUTORIZADO(A)**

**Asistencia Nutricional
Asistencia en Efectivo
Asistencia Médica**

Control de Tuberculosis

Nombre de caso

(Apellido, nombre, S.I.):

**Vea las páginas 9-11 para leer las
declaraciones de USDA/EOE/ADA/LEP/GINA**

Número de caso

HEAplus app ID:

Fecha: _____

Usted puede remover a un(a) Representante Autorizado(a) en cualquier momento. El remover el permiso de una persona para ser su Representante Autorizado(a) NO afecta ninguna acción o información proporcionado por

el(a) Representante Autorizado(a) mientras el(a) Representante Autorizado(a) tuvo permiso para actuar en su nombre.

**REMUEVE A UN(A)
REPRESENTANTE
AUTORIZADO(A)**

**Yo quiero remover a la persona identificada a continuación como mi Representante Autorizado(a).
Entiendo que esta**

persona ya no puede:

- **Llenar la solicitud mi solicitud, formularios y otro papeleo departamental por mí.**
- **Asistir a las entrevistas de elegibilidad en persona o realizarlas por teléfono por mí.**
- **Proporcionar prueba de mis ingresos, recursos y otra información sobre mí e informar de y verificar cambios de**

mis circunstancias por mí.

- **Recibir mis notificaciones y otro correo del Departamento por mí.**
- **Obtener cualquier de mi información de caso del Departamento.**

**DATOS DEL (DE LA)
REPRESENTANTE
AUTORIZADO(A)**

**Nombre de la persona
(Apellido, nombre, S.I.):**

**Dirección postal de la
persona (Núm., calle):**

Ciudad: _____

Estado: _____

Código postal: _____

**Número de teléfono de la
persona (Incluya código
de área):**

FIRMA DEL CLIENTE

Por favor, lea las siguientes declaraciones cuidadosamente. Su firma a continuación significa que usted ha leído ha comprendida y acepta estas declaraciones.

- **Yo certifico que he leído y que yo entiendo la información contenida en este formulario.**
- **Entiendo que soy responsable**

de cualquier error, omisión o información errónea que mi Representante autorizado haya informado al Department of Economic Security mientras el Representante autorizado tiene el permiso de actuar en mi nombre.

- **Entiendo que tengo que notificar por escrito al Department**

**of Economic Security,
si necesito nombrar
a un(a) nuevo(a)
Representante
Autorizado(a).**

Firma del cliente:

Fecha: _____

**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.