

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

**REMOCIÓN DE UN
REPRESENTANTE AUTORIZADO**

NA CA MA TC

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

Número de caso/HEA ID:

Fecha: _____

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

**Vea la página 5 para leer las declaraciones
de USDA/EOE/ADA/LEP/GINA**

Representante autorizado mientras el Representante autorizado tuvo permiso para actuar en su nombre.

REMUEVE A UN REPRESENTANTE AUTORIZADO

Yo quiero remover a la persona identificada a continuación como mi Representante autorizado. 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 REPRESENTANTE AUTORIZADO

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 nuevo Representante autorizado.**

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.