

**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.*):** _____

Número de caso:

ID de solicitud de HEAplus:

Fecha: _____

**Vea las páginas 5-8 para leer las
declaraciones de USDA/EOE/ADA**

Usted puede remover a un 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 Representante Autorizado(a) tuvo permiso para actuar en su nombre.

REMOVER 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 avisos 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, comprende, 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(a) haya informado al Department of Economic Security mientras el(a) Representante Autorizado(a) 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(una) nuevo(a) Representante
Autorizado(a).**

Firma del cliente:

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:
FNSCIVILRIGHTSCOMPLAINTS@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.