

**ARIZONA DEPARTMENT OF
ECONOMIC SECURITY**

**Family Assistance
Administration
(Administración de
Asistencia Familiar)**

**SOLICITUD DE
REPRESENTANTE
AUTORIZADO**

Nombre del Caso

(Apellido, nombre, S.I.)

CA NA MA TC

Vea las páginas 21-23 para leer la declaración de
USDA/EOE/ADA/LEP/GINA

Núm. de Caso AZTECS / Identificación HEA

Fecha _____

Usted puede elegir a un Representante Autorizado para ayudarlo con los requisitos de solicitar o recibir beneficios. Un Representante Autorizado es un amigo pariente u otra persona que tiene interés

Continúe a las páginas 14 y 20 – Ambos usted y su representante autorizado tiene que firmar este formulario.

**Nombre del Caso
(Apellido, nombre, S.I.)**

Número de Caso _____

por su bienestar. Un Representante Autorizado es una persona a quien usted elija. Nosotros no elegimos a nadie por usted. La persona a quien usted elija, debe consentir en ayudarlo. Una agencia no puede actuar como un Representante Autorizado, pero sí puede un individuo de una agencia. Un representante

**Nombre del Caso
(Apellido, nombre, S.I.)**

Número de Caso

**autorizado debe ser un
miembro adulto de la
unidad no presupuestaria.**

Un Representante

**Autorizado puede asistir a
las entrevistas por usted.**

**Él o ella puede llenar la
solicitud y otro papeleo
para usted. También puede
informar de los cambios en
sus ingresos, recursos u
otros cambios por usted.**

**Nombre del Caso
(Apellido, nombre, S.I.)**

Número de Caso _____

**REPRESENTANTE
AUTORIZADO**

Yo quiero que la persona identificada a continuación actúe como mi Representante autorizado. Entiendo que esta persona podrá:

- **Llenar la solicitud mi solicitud, formularios y otro papeleo departamental por mí.**

Nombre del Caso (Apellido, nombre, S.I.)

Número de Caso

- **Asistir a las entrevistas de elegibilidad en persona o realizarlas por teléfono por mí.**
- **Proporcionar prueba de mis ingresos, recursos y otra información sobre mi y informar de y verificar cambios de mis circunstancias por mí.**

**Nombre del Caso
(Apellido, nombre, S.I.)**

Número de Caso _____

- **Recibir mis notificaciones y otro correo del Departamento por mí.**

**DATOS DEL
REPRESENTANTE
AUTORIZADO**

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

Nombre del Caso
(Apellido, nombre, S.I.)

Número de Caso

Núm. de Teléfono
(Incluye código de área)

Dirección Postal de la
Persona *(Número, calle)*

Ciudad _____

Estado _____

Código Postal _____

Yo conozco a ésta
persona como (Su

**Nombre del Caso
(Apellido, nombre, S.I.)**

Número de Caso _____

**parentesco con esta
persona)** _____

**La razón por qué mi
cónyuge no puede
entrevistarse es**

FIRMA DEL CLIENTE

**Por favor, lea las
siguientes declaraciones
cuidadosamente. Su
firma a continuación
significa que usted ha**

**Nombre del Caso
(Apellido, nombre, S.I.)**

Número de Caso _____

**leído ha comprendida
y acepta estas
declaraciones.**

- **Yo certifico que he leído y que yo entiendo la información contenida en este formulario.**
- **Yo certifico que la persona a quien elegí para ser mi Representante**

Nombre del Caso (Apellido, nombre, S.I.)

Número de Caso _____

autorizado es un adulto que es consciente de manera suficiente de las circunstancias financieras y otras de mi familia para dar cualquier información requerida por el Programa de Asistencia Alimenticia.

- **Entiendo que soy**

Nombre del Caso (Apellido, nombre, S.I.)

Número de Caso

responsable de corregir alguna información que sea errónea que mi Representante da y que me procesaría por fraude y podría ser multada o encarcelada.

- **Entiendo que la persona que he nombrado como**

**Nombre del Caso
(Apellido, nombre, S.I.)**

Número de Caso _____

**me Representante
autorizado seguirá
actuando en mi
nombre hasta
que revocare por
escrito, el permiso
del Representante
autorizado para
representarme.**

Firma del Cliente

Fecha _____

**Nombre del Caso
(Apellido, nombre, S.I.)**

Número de Caso

**FIRMA DEL
REPRESENTANTE
AUTORIZADO**

**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**

Nombre del Caso (Apellido, nombre, S.I.)

Número de Caso _____

he leído y que yo entiendo la información contenida en este formulario.

- Yo consiento en aceptar los deberes en este formulario.**
- Entiendo que debo probar mi identidad para que actúe como un Representante autorizado.**

Nombre del Caso (Apellido, nombre, S.I.)

Número de Caso

- **Entiendo que si se me ha descalificado de recibir Asistencia Alimenticia debido a una infracción programática, que yo no puedo actuar como un Representante autorizado a menos que no hay nadie apto para representar a esta persona.**

Nombre del Caso (Apellido, nombre, S.I.)

Número de Caso

- **Entiendo que el Department of Economic Security tiene la autoridad para que continúe mi capacidad de actuar como un Representante autorizado si se determine que yo no actúe en pro de los mejores intereses del hogar que ayudo.**

Nombre del Caso (Apellido, nombre, S.I.)

Número de Caso

- **Entiendo que pudiera declararme personalmente responsable del sobrepago si se determine que, como representante autorizado, soy responsable de causar un exceso de pago a la familia a la que represento.**

Nombre del Caso (Apellido, nombre, S.I.)

Número de Caso _____

- **Entiendo que se me requerirá que actualice mis datos con el Department of Economic Security cada vez que el hogar que represento solicite una renovación de beneficios de Asistencia Alimenticia.**

**Nombre del Caso
(Apellido, nombre, S.I.)**

Número de Caso

**Firma del Representante
Autorizado**

Fecha _____

**Nombre del Representante
Autorizado en Letra de
Molde** _____

Nombre del Caso (Apellido, nombre, S.I.)

Número de Caso _____

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.