

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

**SOLICITUD DE
REPRESENTANTE
AUTORIZADO(A)**

**Asistencia en Efectivo
(CA)**

**Asistencia Nutricional
(NA)**

Asistencia Médica (MA)

**Control de
Tuberculosis (TC)**

**Vea las páginas 26-31
para leer la declaración de
USDA/EOE/ADA**

Nombre del caso:

Núm. de caso: _____

ID de Solicitud a HEAplus:

Fecha: _____

Usted puede designar a un(a) Representante Autorizado(a), una persona adulta que no es miembro de su hogar, para que le ayude con los requisitos de solicitar u obtener beneficios. Un(a) Representante Autorizado(a) es una

Nombre del caso:

Núm. de caso: _____

amistad, pariente u otra persona que se preocupa por su bienestar. Es usted quien elige a la persona que sería su Representante Autorizado(a). Nosotros no elegimos tal persona para usted. La persona que elija debe estar de acuerdo en ayudarlo. Una agencia no puede actuar como representante autorizado(a), pero una

Nombre del caso:

Núm. de caso: _____

persona por parte de una agencia sí puede hacerlo. Esta persona puede ayudarlo de las maneras siguientes:

- **Llenar y firmar su solicitud, formas y otro papeleo del Departamento de parte de usted.**
- **Cumplir con entrevistas de elegibilidad en**

Nombre del caso:

Núm. de caso: _____

persona o por teléfono de parte de usted.

- **Proporcionar sus comprobantes de ingresos, recursos y demás información de su caso a DES y/o AHCCCS.**
- **Reportar y verificar cambios en las circunstancias de su caso (dirección, ingresos, recursos, gastos y demás).**

Nombre del caso:

Núm. de caso: _____

- **Recibir sus avisos y demás correspondencia del Departamento de parte de usted.**

**INFORMACIÓN DE
REPRESENTANTE
AUTORIZADO(A)**

Nombre (*apellido, primer, inicial del segundo*):

(Solo MA) ¿Actúa el representante en nombre de una organización?

Nombre del caso:

Núm. de caso: _____

Yes No

**Nombre de la
organización:**

**Teléfono (*con código de
área*):** _____

Casa Celular
Mensajes Trabajo

**Dirección Postal
(*número, calle*):**

Nombre del caso:

Núm. de caso: _____

Ciudad: _____

Estado: _____

Código Postal: _____

**El idioma preferido
por mi Representante
Autorizado(a) es:**

Hablado: Inglés
Español Otro:

Escrito: Inglés
Español Otro:

Nombre del caso:

Núm. de caso: _____

Conozco a esta persona como mi *(su relación con esta persona)*:

DEBE LLENAR ESTA SECCIÓN CUANDO DESIGNE A UN(A) REPRESENTANTE AUTORIZADO(A) PARA LA ASISTENCIA NUTRICIONAL (NA)

Nombre del caso:

Núm. de caso: _____

**Por favor, lea con
cuidado. Con su
firma a continuación
nos indica que leyó,
entiende y acepta estas
afirmaciones:**

Solicitante:

**Entiendo que si
mi Representante
Autorizado(a) de NA está
actualmente descalificado
de NA por una violación
intencional del programa**

Nombre del caso:

Núm. de caso: _____

(IPV), no puede actuar como Representante Autorizado(a) de NA. (Si sucediera esto, marque una de las casillas siguientes):

Elegiré a otra persona para ser mi Representante Autorizado(a) de NA.

Esta es la única persona disponible para ser mi Representante Autorizado(a) de NA.

Nombre del caso:

Núm. de caso: _____

Firma de Solicitante:

Fecha: _____

**Representante
Autorizado(a):**

**Entiendo que si
actualmente estoy
descalificado de NA
por una violación
intencional del programa
(IPV), no puedo actuar
como Representante**

Nombre del caso:

Núm. de caso: _____

**Autorizado(a) de NA
a menos que no haya
nadie más capaz de
representar a esta
persona.**

**Por favor, indique su
fecha de nacimiento**

_____ **y marque
una de las casillas
siguientes: (*esta es la
fecha de nacimiento
del Representante
Autorizado(a) de NA*)**

Nombre del caso:

Núm. de caso: _____

**Actualmente estoy
cumpliendo una
descalificación por un
IPV de NA.**

**Actualmente no estoy
cumpliendo una
descalificación por un
IPV de NA.**

Firma de Representante:

Fecha: _____

Nombre del caso:

Núm. de caso: _____

**AUTORIZACIÓN DE
REPRESENTANTE
AUTORIZADO(A)**

**Por favor, lea con
cuidado. Con su
firma a continuación
nos indica que leyó,
entiende y acepta estas
afirmaciones:**

Solicitante:

**Al firmar a continuación,
yo (el cliente) doy
permiso a la persona**

Nombre del caso:

Núm. de caso: _____

**indicada anteriormente
para actuar como mi
representante:**

- **Certifico que la persona que escogí para que sea mi Representante Autorizado(a) es persona adulta lo suficientemente enterada de las circunstancias financieras de mi familia y demás en mi**

Nombre del caso:

Núm. de caso: _____

hogar, para poder dar información al Departamento de Seguridad Económica.

- **Entiendo que soy responsable por cualquier información incorrecta que dé mi Representante y que se me puede enjuiciar por fraude y ser multado y/o encarcelado.**
- **Entiendo que la**

Nombre del caso:

Núm. de caso: _____

persona que he designado como mi Representante Autorizado(a) seguirá actuando de parte mía hasta que yo revoque por escrito el permiso para que mi Representante Autorizado(a) me represente.

- **Firmar con mi nombre para permitir que otras personas,**

Nombre del caso:

Núm. de caso: _____

empresas o agencias proporcionen información personal sobre mí a DES y/o AHCCCS, incluyendo información de salud protegida necesaria para determinar si estoy discapacitado.

Además, acepto dar información sobre mis circunstancias personales a mi Representante y estoy de acuerdo

Nombre del caso:

Núm. de caso: _____

con permitir que mi Representante conceda todos mis derechos a reclamaciones de reembolso médico a AHCCCS de parte mía.

Representante Autorizado(a):

Al firmar a continuación, yo (el/la representante) acepto actuar en nombre del cliente. También acepto:

Nombre del caso:

Núm. de caso: _____

- **Proporcionar sólo información cierta y completa, bajo pena de perjurio.**
- **Entiendo que el Departamento de Seguridad Económica (DES) tiene la autoridad para descontinuar mi capacidad de actuar como Representante Autorizado(a), si se determina que no**

Nombre del caso:

Núm. de caso: _____

actúo como más le conviene al hogar al cual ayudo.

- **Acepto informar a DES y/o AHCCCS sobre cambios en las circunstancias del hogar.**
- **Entiendo que se me puede considerar personalmente responsable si se determina que yo, como Representante**

Nombre del caso:

Núm. de caso: _____

Autorizado(a), soy responsable de causar un pago en exceso al hogar que represento.

- **Entiendo que debo actualizar mi información con DES cada vez que el hogar al cual ayudo solicite renovar sus beneficios.**
- **Mantener la confidencialidad de cualquier información**

Nombre del caso:

Núm. de caso: _____

**sobre el solicitante
o beneficiario
proporcionada por la
agencia.**

**Si se determina que
soy elegible, esta
autorización permanece
vigente hasta que mi
representante o yo
le indiquemos que
se suspenda. Esta
autorización se vence
cuando mi solicitud de**

Nombre del caso:

Núm. de caso: _____

ayuda se retracte o se deniegue, o hasta que termine mi elegibilidad. Sin embargo, esta autorización continúa durante el tiempo que esté impugnando mi elegibilidad en una audiencia administrativa o en un procedimiento judicial.

Nombre del caso:

Núm. de caso: _____

Firma de Solicitante:

Fecha: _____

Firma de Representante:

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