

**ARIZONA DEPARTMENT OF  
ECONOMIC SECURITY  
Administración de Asistencia  
para Familias  
ACUERDO DE SOLICITANTE  
Y GUIÓN DE DESVÍO DE  
SUBVENCIÓN**

**Nombre del solicitante (*Apellido,  
nombre, s.i.*):**

---

**Núm. de AZTECS:** \_\_\_\_\_

**GUIÓN**

**Después de repasar su información,  
es posible que usted pueda tener  
derecho a al menos \$1.00 de  
asistencia en efectivo. Usted puede  
optar por aceptar la opción del pago  
de Desvío de Subvención.**

**Asistencia de Desvío de Subvención  
es:**

**Vea la página 5 para leer la  
declaración de EOE/ADA**

- **Un pago que no se repite y que se puede recibir SÓLO UNA VEZ en un plazo de 12 meses.**
- **Un pago global equivalente a tres (3) meses de asistencia en efectivo que su familia tendría derecho de recibir.**
- **Con la intención de apoyarlo a usted y a su familia en sus esfuerzos de obtener un empleo de horario completo.**

## **ACUERDO**

**Entiendo lo siguiente:**

**Servicios de Cuidado de Niños se pueden estar a mi disposición durante los tres meses de la asistencia de Desvío de Subvención.**

**La opción de asistencia de Desvío de Subvención me ha sido explicada y he decidido que el pago global de SÓLO UNA VEZ me ayudará a lograr autosuficiencia por medio de empleo de tiempo completo.**

**No podré solicitar Asistencia en Efectivo durante el plazo de Desvío de Subvención desde el: \_\_\_\_\_ hasta: \_\_\_\_\_**

**Si no acepto o si no tengo derecho a la asistencia de Desvío de Subvención, debo cooperar con el Programa de Jobs y la División de Sustento para Menores antes que se pueda aprobar mi Asistencia en Efectivo.**

**He hecho el siguiente trabajo (*marque todo que aplica*):**

**Tareas domésticas**

**Trabajo general**

**Restaurante o motel**

**De oficina o trabajo administrativo**

**Otro: \_\_\_\_\_**

---

**Entiendo las oportunidades que se me presentan y yo opto por lo siguiente:**

**ACEPTO el pago de asistencia de Desvío de Subvención.**

**Firma del solicitante:** \_\_\_\_\_

**Fecha:** \_\_\_\_\_

**NO ACEPTO el pago de asistencia de Desvío de Subvención.**

**Firma del solicitante:** \_\_\_\_\_

**Fecha:** \_\_\_\_\_

**Como representante de DES, he explicado la opción de asistencia de Desvío de Subvención.**

**Evaluador de servicios programáticos (PSE):**

---

**Núm. de teléfono (*Incluya código de área y la extensión*):**

---

**Fecha:** \_\_\_\_\_

***Distribución: Original – Solicitante;  
Copia – Archivo de caso***

**Esta entidad es un proveedor que brinda 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.**