

# **ARIZONA DEPARTMENT OF ECONOMIC SECURITY**

## **Administración de Asistencia para Familias**

### **FORMULARIO PARA VERIFICAR LA DECLARACIÓN DEL PARTICIPANTE**

**La declaración  
que proporcione a  
continuación se usará solo  
cuando haya hecho todo lo  
posible para proporcionar  
documentos o información  
de contacto colateral y no  
pueda proporcionarnos la  
verificación.**

**Vea las páginas 41-44 para la declaración  
de USDA/EOE/ADA/LEP/GINA**

**Caso**

---

**Fecha**

---

**Número de caso AZTECS**

---

**ID de solicitud**

---

**DECLARACIÓN  
DE VERDACIDAD  
(*FIRME AQUÍ*)**

**Nombre del participante**

---

**Fecha de nacimiento**

---

**Bajo pena de perjurio y reconocido por medio de mi firma a continuación, juro o afirmo que las declaraciones hechas en relación con todos los elementos que corresponden a mi posible elegibilidad para recibir beneficios son verdaderos y correctos según mi leal saber y entender. Una fotocopia o facsímile (fax) de mi firma se considerará como si fuera la firma original.**

# Firma del participante

---

## **ACERCA DE MI TRABAJO**

**Comencé a trabajar en**

---

**Recibiré mi primer  
cheque en**

---

**Nombre del empleador**

---

**Dirección del empleador  
(*Núm., Calle, Ciudad,  
Estado, CP*)**

**Teléfono del empleador**

---

**Puesto de trabajo**

---

**Nombre del supervisor**

---

**Durante los últimos 30 días trabajé:**

**Fecha de 1<sup>er</sup> semana:**

\_\_\_\_\_ **por**

\_\_\_\_\_ **horas**

**Fecha de 2<sup>a</sup> semana:**

\_\_\_\_\_ **por**

\_\_\_\_\_ **horas**

**Fecha de 3<sup>er</sup> semana:**

\_\_\_\_\_ **por**

\_\_\_\_\_ **horas**

**Fecha de 4<sup>a</sup> semana:**

\_\_\_\_\_ **por**

\_\_\_\_\_ **horas**

**Fecha de 5<sup>a</sup> semana:**

\_\_\_\_\_ **por**

\_\_\_\_\_ **horas**

# ACERCA DE MI SUELDO

**Gano \$ \_\_\_\_\_ por  
hora día semana.**

**Gano \$ \_\_\_\_\_ en  
propinas cada día  
semana.**

**Me pagan**

**Semanal**

**Cada dos semanas**

**Dos veces al mes**

**Mensual**

**Otro**

**Número de horas trabajadas por día (*Si varían las horas, indique el posible rango*) De**

---

**a**

---

**Me pagan el (*marque una*):**

**Dom**

**Lun**

**Mar**

**Mié**

**Jue**

**Vie**

**Sáb**

**Me pagan en (*marque una*):**

**Efectivo**

**Cheque**

**A cambio de**

---



**Recibo:**

**Bonos**

**Anticipos de sueldo**

**Incentivos (*explique*)**

---

**Cantidad \$** \_\_\_\_\_

**Con qué frecuencia**

---

**Si varía, dé un rango de  
cantidad de**

\_\_\_\_\_ **a**

---

**Trabajo horas extras:**

**Sí      No**

**Trabajo \_\_\_\_\_ horas extras por semana. Me pagan \$ \_\_\_\_\_ por hora por mis horas extras.**

**Mi empleador ofrece un plan de seguro médico.**

**Sí      No**

**Estoy inscrito en el plan de seguro médico de mi empleador.**

**Sí      No**

**Si contesto "Sí", llene la información de seguro médico en la página 14.**

# **ACERCA DEL FIN DE MI TRABAJO**

**Nombre del empleador**

---

**Teléfono del empleador**

---

**Dirección del empleador  
(*Núm., Calle, Ciudad,  
Estado, CP*)**

**Departamento**

---

# Fecha de contratación

---

**Mi último día de trabajo fue *(fecha)*** \_\_\_\_\_

***Recibí o recibiré mi cheque final en (fecha)***

---

**La cantidad bruta *(antes de deducciones)* de mi cheque final fue \$**

---

**Pago de vacaciones, por enfermedad o extra incluido en mi cheque final: \$** \_\_\_\_\_

**La razón por la que no  
trabajo es:**

**Renuncié**

**Me despidieron**

**Hubo recorte de personal**

**Otra**

**TENGA EN CUENTA: Si  
marco "Renuncié" u  
"Otra " explique por qué:**

**Yo tenía seguro médico -  
llene la próxima sección.**

**Sí      No**

## **SEGURO MÉDICO**

**Nombre de la compañía  
de seguros**

**Dirección**

**Núm. de póliza**

---

# **Fecha de la póliza**

**De** \_\_\_\_\_

**a** \_\_\_\_\_

**Enumere a otros  
asegurados bajo este  
plan y su parentesco a  
usted:**

# **ACERCA DE MI SUSTENTO PARA MENORES O MANUTENCIÓN CONYUGAL**

## **Recibo**

**Sustento para menores  
(*Marque una*):**

**Semanal**

**Cada dos semanas**

**Dos veces al mes**

**Mensual**

**Nunca**

**Otro:**



# **Recibo**

**Manutención conyugal  
(*Marque una*):**

**Semanal**

**Cada dos semanas**

**Dos veces al mes**

**Mensual**

**Nunca**

**Otro:**

**Cuando recibo pagos de  
manutención, recibo \$**

---

**en sustento para  
menores; recibo \$**

---

**en manutención conyugal.  
Recibo sustento para  
menores para:  
Nombre del menor**

---

**Cantidad \$ \_\_\_\_\_  
Del padre ausente**

---

---

**Nombre del menor**

---

**Cantidad \$** \_\_\_\_\_  
**Del padre ausente**

---

---

---

---

**Child's Name**

---

**Cantidad \$** \_\_\_\_\_  
**Del padre ausente**

---

---

---

---

**Child's Name**

---

**Cantidad \$** \_\_\_\_\_  
**Del padre ausente**

---

---

# Los pagos de sustento para menores que recibí en los últimos 3 meses fueron:

**MES**

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

**Cantidad \$** \_\_\_\_\_

---

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

**Cantidad \$** \_\_\_\_\_

---

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

**Cantidad \$** \_\_\_\_\_

---

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

**Cantidad \$** \_\_\_\_\_

# MES

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

**Cantidad \$** \_\_\_\_\_

---

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

**Cantidad \$** \_\_\_\_\_

---

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

**Cantidad \$** \_\_\_\_\_

---

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

**Cantidad \$** \_\_\_\_\_

# MES

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

**Cantidad \$** \_\_\_\_\_

---

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

**Cantidad \$** \_\_\_\_\_

---

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

**Cantidad \$** \_\_\_\_\_

---

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

**Cantidad \$** \_\_\_\_\_

# **OTROS INGRESOS**

**Recibo ingresos de otra fuente no mencionada anteriormente:**

## **FUENTE DE INGRESOS**

**Seguridad de Ingreso Suplementario (*SSI*)**

## **CANTIDAD RECIBIDA**

---

## **FRECUENCIA DEL INGRESO**

---

**FUENTE DE INGRESOS**

**Seguro por Desempleo  
(UI)**

**CANTIDAD RECIBIDA**

---

**FRECUENCIA  
DEL INGRESO**

---

**FUENTE DE INGRESOS**

**Beneficios para veteranos**

**CANTIDAD RECIBIDA**

---



**FRECUENCIA  
DEL INGRESO**

---

**FUENTE DE INGRESOS**

**Incapacidad o jubilación**

**CANTIDAD RECIBIDA**

---

**FRECUENCIA  
DEL INGRESO**

---

**FUENTE DE INGRESOS**

**Donaciones o préstamos**

---

# CANTIDAD RECIBIDA

---

---

# FRECUENCIA DEL INGRESO

---

---

# FUENTE DE INGRESOS

**Otro**

---

---

# CANTIDAD RECIBIDA

---

---

# FRECUENCIA DEL INGRESO

---

# **CAMBIOS EN EL HOGAR**

**CAMBIOS EN MIEMBROS DEL HOGAR – Adjunte prueba de los ingresos y recursos de los nuevos miembros incluso los menores y recién nacidos. Infórmenos cuando alguien se muda a o fuera de su hogar, cuando un miembro del hogar se encuentra en el hospital, cuando usted o un miembro de su hogar tiene un bebé, la muerte de un miembro**

**de su hogar, cambio en el estado civil de usted o un miembro del hogar, o si un padre ya no está discapacitado.**

---

**NOMBRE (*Apellido, Nombre, S.I.*)**

---

**PARENTESCO A USTED**

---

**FECHA DE NACIMIENTO/  
DEFUNCIÓN**

---

# **NÚM.SEG.SOC. (*Opcional si no solicita*)**

---

**Añada a su CA, NA o MA**

**CA**

**NA**

**MA**

**LA PERSONA ES**

**Embarazada**

**Discapacitada**

**Ciudadana de EE.UU.**

**Estudiante**

**Recibe dinero**

**FECHA DE MUDANZA**

**A:** \_\_\_\_\_

**De:** \_\_\_\_\_

---

**NOMBRE (*Apellido,  
Nombre, S.I.*)**

---

**PARENTESCO A USTED**

---

**FECHA DE NACIMIENTO/  
DEFUNCIÓN**

---

***NÚM.SEG.SOC. (Opcional  
si no solicita)***

---

**Añada a su CA, NA o MA**  
**CA            NA            MA**

**LA PERSONA ES**

**Embarazada**  
**Discapacitada**  
**Ciudadana de EE.UU.**  
**Estudiante**  
**Recibe dinero**

**FECHA DE MUDANZA**

**A:** \_\_\_\_\_

**De:** \_\_\_\_\_

---

**NOMBRE (*Apellido,  
Nombre, S.I.*)**

---

**PARENTESCO A USTED**

---

# **FECHA DE NACIMIENTO/ DEFUNCIÓN**

---

***NÚM.SEG.SOC. (Opcional  
si no solicita)***

---

**Añada a su CA, NA o MA**  
**CA            NA            MA**

**LA PERSONA ES**

**Embarazada**

**Discapacitada**

**Ciudadana de EE.UU.**

**Estudiante**

**Recibe dinero**



# FECHA DE MUDANZA

**A:** \_\_\_\_\_

**De:** \_\_\_\_\_

## GASTOS DEL HOGAR

**Pago la siguiente  
cantidad de renta,  
hipoteca, espacio de  
arrendamiento, etc.:**

**Cantidad \$** \_\_\_\_\_

**Con qué frecuencia**

---

**Pago por servicios  
públicos:**

**Sí            No**

**Indique los servicios públicos que paga y la cantidad mensual.**

**TIPO DE GASTO**

**Electricidad**

**NOMBRE DE LA  
COMPAÑÍA**

---

**ÚLTIMA CANTIDAD  
FACTURADA**

---

**TIPO DE GASTO**

**Gas y propano**

---

**NOMBRE DE LA  
COMPAÑÍA**

---

**ÚLTIMA CANTIDAD  
FACTURADA**

---

**TIPO DE GASTO**

**Agua**

**NOMBRE DE LA  
COMPAÑÍA**

---

**ÚLTIMA CANTIDAD  
FACTURADA**

---

**TIPO DE GASTO**

**Teléfono**

**NOMBRE DE LA  
COMPAÑÍA**

---

**ÚLTIMA CANTIDAD  
FACTURADA**

---

**TYPE OF EXPENSES**

**Carbón**

**NOMBRE DE LA  
COMPAÑÍA**

---

**ÚLTIMA CANTIDAD  
FACTURADA**

---

**TYPE OF EXPENSES**

**Leña**

**NOMBRE DE LA  
COMPAÑÍA**

---

**ÚLTIMA CANTIDAD  
FACTURADA**

---

**TYPE OF EXPENSES**

**Basura y alcantarillado**

**NOMBRE DE LA  
COMPAÑÍA**

---

**ÚLTIMA CANTIDAD  
FACTURADA**

---

**TYPE OF EXPENSES**

**Petróleo**

**NOMBRE DE LA  
COMPAÑÍA**

---

**ÚLTIMA CANTIDAD  
FACTURADA**

---

**DECLARACIÓN  
ADICIONAL**

**AGENCY USE ONLY  
(SOLO PARA EL USO DE  
LA AGENCIA)**

**FAA-0077A Due Date**

---

**A011/F011 Due Date**

---

**Result of Collateral  
Contact**

---

**Date of Collateral  
Contact**

---



# **Worker's Signature**

---

**Date** \_\_\_\_\_

**SUPERVISOR SIGNATURE  
REQUIRED PRIOR TO  
USING PARTICIPANT'S  
STATEMENT AS BEST  
AVAILABLE.**

**Supervisor's Signature**

---

**Date** \_\_\_\_\_

---

**El USDA es un proveedor y  
empleador con igualdad de  
oportunidades**

**● Programa y Empleador con Igualdad de Oportunidad ● 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 el gerente de su oficina local; Servicios de TTY/TDD: 7-1-1.**

