

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

**SOLICITUD DE REPRESENTANTE
AUTORIZADO(A) PARA
ASISTENCIA NUTRICIONAL (NA)**

Nombre del caso: _____

Número del caso: _____

Usted puede designar a un(a) Representante Autorizado(a), persona adulta que no es miembro de su hogar que le ayude a cumplir los requisitos de solicitar beneficios. Un(a) Representante Autorizado(a) puede ser una amistad, pariente u otra persona que se preocupe por su bienestar. Un(a) Representante Autorizado(a) es una persona que usted elige. No elegiremos tal

Vea las páginas 10-12 para leer la declaración de USDA/EOE/ADA

persona para usted. La persona que elija debe estar de acuerdo en ayudarlo. Una agencia no puede actuar como representante autorizado(a), pero una persona que forma parte de una agencia sí puede hacerlo. Esta persona puede ayudarlo de las maneras siguientes:

- **llenar y firmar su solicitud, formularios y otro papeleo del Departamento de parte de usted**
- **cumplir con entrevistas de elegibilidad en persona o por teléfono de parte de usted**
- **proporcionar sus comprobantes de ingresos, recursos y demás información del caso**
- **reportar y verificar cambios en las circunstancias de su caso de parte de usted**
- **recibir sus avisos y demás correspondencia del Departamento de parte de usted.**

INFORMACIÓN DE REPRESENTANTE AUTORIZADO(A)

Quiero elegir a la persona indicada a continuación como mi Representante Autorizado(a):

Nombre (*apellido, nombre, inicial del 2do*): _____

Núm. de teléfono (*con código de área*): _____

**casa celular mensajes
trabajo**

Dirección postal (*número, calle*):

Ciudad: _____

Estado: _____ **Código Postal:** _____

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

hablado: inglés español

otro: _____

escrito: inglés español

otro: _____

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

Cuando se nombra a un(a) tutor(a) legal para la única persona solicitante de edad adulta en el hogar, no se requiere la firma de tal solicitante para nombrar a su tutor(a) legal de representante autorizado/a. La única firma que hará falta será la del/de la representante autorizado/a.

AUTORIZACIÓN DE REPRESENTANTE AUTORIZADO(A)

Por favor, lea con cuidado. Con su firma a continuación está indicando que leyó, entendió y acepta estas declaraciones.

Solicitante:

Certifico que he leído y entiendo la información en este formulario.

Certifico que la persona que escogí para que sea mi Representante Autorizado(a) es una persona adulta lo suficientemente enterada de las circunstancias financieras de mi familia y demás en mi hogar, para poder dar información al Departamento de Seguridad Económica.

Entiendo que si mi Representante Autorizado(a) de NA actualmente cumple una infracción intencional del programa (IPV) de NA:

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

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

Entiendo que soy responsable por cualquier información incorrecta que dé mi Representante.

Entiendo que puedo ser multado, procesado o encarcelado por cualquier fraude al programa cometido por mi representante.

Entiendo que la 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.

Representante Autorizado(a):

Certifico que he leído y entiendo la información en este formulario.

Estoy de acuerdo en aceptar los deberes en este formulario.

Entiendo que debo presentar comprobante de identidad para actuar como Representante Autorizado(a).

Entiendo que si actualmente estoy descalificado de NA por una violación intencional del programa (IPV), no puedo actuar como Representante Autorizado(a) de NA a menos que no haya nadie más adecuado para representar a esta persona.

Por favor, proporcione su fecha de nacimiento _____ y marque una de las casillas siguientes:

Actualmente estoy cumpliendo una descalificación por una IPV de NA.

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

Entiendo que el Departamento de Seguridad Económica (DES) tiene la autoridad para discontinuar mi capacidad de actuar como Representante Autorizado(a), si se determina que no estoy actuando en el mejor interés del hogar al cual represento.

Entiendo que se me puede considerar personalmente responsable si se determina que yo, como Representante Autorizado(a), soy responsable de causar un pago en exceso al hogar que represento.

Entiendo que es requerido actualizar mi información con el Departamento de Seguridad Económica (DES) cada vez que el hogar al cual ayudo solicite renovar sus beneficios NA.

Si se determina que soy elegible, esta autorización de NA permanece vigente hasta que yo o mi representante le indiquemos que la suspendan. Esta autorización se vence cuando mi solicitud de asistencia se retracte o se deniegue, o hasta que finalice mi elegibilidad. Sin embargo, esta autorización continúa en cualquier momento mientras impugne mi elegibilidad en una audiencia administrativa o procedimiento judicial.

Firma de Solicitante: _____

Fecha: _____

Firma de Representante Autorizado(a): _____

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](mailto: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.