

**Arizona Department of
Economic Security
Administración de
Asistencia para Familias
Solicitud de Asistencia
Nutricional Proyecto de
Solicitud Simplificada
para Personas de Tercera
Edad (ESAP por sus
siglas en inglés)**

**Vea las páginas 59-64
para leer la declaración
de EOE/ADA**

Puede usar esta solicitud siempre y cuando usted y cualquier persona para quien solicite:

- **Sea de 60 años o mayor de edad y**
- **No recibe ingresos por trabajo o por cuenta propia**

Si su hogar cumple con los requisitos anteriores, tiene derecho a participar en el programa ESAP. A continuación se detallan los beneficios del programa:

- **Un proceso de solicitud, verificación y renovación más corto y simplificado**
- **Un periodo de aprobación más largo (36 meses)**
- **No se requiere ningún contacto a la mitad del periodo de aprobación**
- **Puede que no sea necesaria una entrevista de renovación**

Si tiene alguna pregunta, comuníquese con la

**Unidad ESAP al
1 (855) 234-4960.**

Cómo Presentar una Solicitud

**Presente su solicitud
por cualquiera de las
siguientes maneras:**

Por correo:

**Arizona Department of
Economic Security Family
Assistance Administration
ESAP Unit
P.O. Box 19009
Phoenix, Arizona 85005-
9009**

Por fax:

**(602) 257-7035 ATTN:
ESAP**

Por teléfono:

**Si necesita ayuda para
llenar la solicitud, llame a
la Unidad ESAP al 1 (855)
234-4960.**

Representante Autorizado/a

Un(a) representante autorizado/a es un(a) amigo/a, pariente u otra persona que conoce sus circunstancias y que puede ayudarlo en el proceso de solicitud. Si desea que alguien sea su Representante Autorizado/a, debe completar la información del representante autorizado de Asistencia Nutricional en las páginas 42 a 58.

**Arizona Department of
Economic Security
Administración de
Asistencia para Familias
Solicitud de Asistencia
Nutricional Proyecto de
Solicitud Simplificada
para Personas de Tercera
Edad (ESAP por sus
siglas en inglés)**

**Nota: Puede presentar
una solicitud solo con
su nombre, dirección y
la firma de un miembro
responsable del hogar
o su representante
autorizado. No se podrá**

determinar su elegibilidad hasta que llene la solicitud por completo.

Solo para uso de la Agencia: Número de caso:

Fecha de solicitud:

Información del Cliente:

Díganos cómo podemos comunicarnos con un miembro adulto de su hogar. Si la oficina de correos no entrega correo en su domicilio,

proporcione una dirección postal. Si no tiene una dirección postal que darnos, comuníquese con nosotros para obtener ayuda.

Nombre legal (Nombre, Segundo, Apellido):

Dirección residencial (incluya el número de apto.):

Ciudad: _____

Estado: _____

Código postal: _____

Dirección postal (si es diferente):

Ciudad: _____

Estado: _____

Código postal: _____

¿Vive en un albergue?

Yes No Si contesto

“SÍ”, ¿qué tipo?

Número de teléfono (casa, trabajo, celular, mensaje):

¿Qué idioma prefieren hablar usted y su familia en su hogar?

Inglés

Español

Otro _____

What is the preferred language you and your household read?

Inglés

Español

Otro _____

Me gustaría recibir información sobre esta solicitud por:

Email: Sí No

Correo electrónico:

Texto: Sí No
Núm. para recibir texto
(aplican las tarifas
estándares):

Si no marca 'Sí' para correo electrónico o texto, toda la información de esta solicitud se enviará por el correo de los EE.UU. a la dirección postal proporcionada.

FIRME LA SOLICITUD:

Afirmo bajo pena de perjurio que responderé preguntas en esta

solicitud sobre mí y las personas en esta solicitud que solicitan beneficios con la verdad , según mi leal saber y entender. Esto incluye cualquier información sobre ciudadanía o condición de extranjero. No he ocultado ni ocultaré ninguna información. Afirmo bajo pena de perjurio que toda la información fotocopiada que proporciono es la misma que la de los documentos originales y

que todos los documentos que proporciono son verdaderos y correctos a mi leal saber y entender. También afirmo bajo pena de perjurio que las declaraciones que proporciono sobre las condenas por delitos graves y el cumplimiento de la libertad condicional son verdaderas y correctas. Entiendo mis derechos y responsabilidades para cada programa.

Firma del solicitante o representante autorizado:

Fecha: _____

Firma del cónyuge (Sólo para CA y NA):

Fecha: _____

Firma de otro adulto en el hogar:

Fecha: _____

Firma del testigo (si firmó con una marca):

Fecha: _____

1) Servicios de urgencia:
Se analizará su hogar para elegibilidad de beneficios de Asistencia Nutricional (NA, por sus siglas en inglés) y, si resultara elegible, su hogar recibirá beneficios NA a los 7 (siete) días de su fecha de solicitud.

Para determinar si su hogar resulta elegible para beneficios NA de urgencia, conteste las preguntas siguientes (de la A a la D):

A) ¿Cuánto dinero tiene a mano y en una cuenta bancaria para su hogar?

\$ _____

B) ¿Cuánto dinero aportará en su hogar este mes?

\$ _____

C) ¿Cuánto gasta su hogar para vivienda?

(Hipoteca; alquiler renta; lote alquilado o rentado; indique impuestos prediales y seguro de propiedad, si los paga aparte; cuotas de asociación de propietarios HOA)

Tipo de gasto	¿Quién paga este gasto?	Importe pagado	Frecuencia

**D) ¿Cuánto gasta su hogar en servicios públicos?
(electricidad, gas, propano, leña, agua, basura, aguas negras o alcantarillado, teléfono, etc.)**

Tipo de gasto	¿Quién paga este gasto?	Importe pagado	Frecuencia

Tipo de gasto	¿Quién paga este gasto?	Importe pagado	Frecuencia

E) ¿Cómo calienta (calefacción central, estufa, chimenea) o refrigera (acondicionador de aire, refrigerador evaporativo su domicilio?

2) ¿Está trabajando usted o alguien en su hogar?

SÍ, DETÉNGASE, no puede utilizar esta solicitud.

Consulte la portada de esta solicitud.

No, proporcione el mes y el año en el que recibió ingresos de trabajo o empleo por cuenta propia por última vez.

Al solicitar Asistencia Nutricional (NA, por sus siglas en inglés), las personas de su hogar pueden optar por no recibir los beneficios de NA. Estas personas no están obligadas a proporcionar un número de Seguro Social ni información de ciudadanía e

inmigración. Sin embargo, para NA, es posible que sea necesario incluir a algunas personas del hogar.

Los números de Seguro Social se verifican a través de programas informáticos de comparación y pueden compartirse con agencias federales y estatales o con agencias privadas de reclamos/cobro. Para NA, solicitar su número de Seguro Social está autorizado según la Ley de

Alimentación y Nutrición de 2008.

Raza/Etnia: Seleccione una o más respuestas para cada persona que solicita beneficios.

Esta información se utiliza para garantizar que los beneficios del programa se distribuyan sin distinción de raza, color u origen nacional. Esta información es opcional y no afecta la elegibilidad ni el nivel de beneficios.

**3) Díganos sobre su hogar:
Indique cada persona por quien
esté solicitando.
Deberá incluir a su cónyuge,
si viviera con usted. Adjunte
otra página si necesitara más
espacio.**

<p>Nombre (Apellido, Primero, Segundo)</p>	<p>Número de Seguro Social</p>
<p>Fecha de nacimiento</p>	<p>Sexo</p>
<p>Etnicidad Hispano/Latino</p>	<p>Raza</p>
<p>Sí No</p>	

¿Ciudadano/a de los EE. UU.?	Parentesco con usted
Sí No	
Nombre (Apellido, Primero, Segundo)	Número de Seguro Social
Fecha de nacimiento	Sexo

Etnicidad	Raza
Hispano/Latino	
Sí No	
¿Ciudadano/a de los EE. UU.?	Parentesco con usted
Sí No	
Nombre (Apellido, Primero, Segundo)	Número de Seguro Social

Fecha de nacimiento	Sexo
Etnicidad Hispano/Latino	Raza
<p style="text-align: center;">Sí No</p>	
¿Ciudadano/a de los EE. UU.?	Parentesco con usted
<p style="text-align: center;">Sí No</p>	

4) Si usted, o alguna persona por quien está solicitando, no es ciudadano/a de los EE. UU., ¿desea proporcionar su estatus de inmigración?

**Sí No Si contestó "sí",
¿quién?**

Estatus de inmigración:

Tipo de documento:

**Sí No Si contestó "sí",
¿quién?**

Estatus de inmigración:

Tipo de documento:

**Sí No Si contestó "sí",
¿quién?**

Estatus de inmigración:

Tipo de documento:

- 5) Indique a todos en su hogar con quien usted no compre ni prepare sus alimentos. Adjunte otra página si necesita más espacio.**

Nombre (<i>Apellido, Primero, Segundo</i>)	Fecha de nacimiento	Parentesco con usted

6) Ha ganado alguien \$4500 o más en una sola jugada de Lotería o Juegos de Apuestas este mes?

**Sí No Si contestó "sí",
¿quién?**

¿Cuándo? _____

Cantidad bruta:

\$ _____

¿Cuánto resta?

\$ _____

7) ¿Usted o alguien por quien esté solicitando:

A) Ha recibido o espera recibir Asistencia Nutricional de otro estado en este mes?

Sí No

Si contestó "sí", ¿quién?

¿De qué estado? _____

B) Vive en la actualidad en un hogar de convalecencia o un hogar colectivo?

Sí No
Si contestó "sí", ¿quién?

Nombre del centro:

**C) Está recibiendo Reparto
Tribal de Alimentos?**

Sí No
Si contestó "sí", ¿quién?

D) Se le ha condenado por un delito de poseer, uso o reparto de una sustancia controlada el o antes del 23 de agosto del 1996?

Sí No

Si contestó "sí", ¿quién?

E) Alguien en el hogar es prófugo de la ley por acusaciones de delito o por infracción de libertad

**condicional o liberad
postcarcelaria?**

Sí No

Si contestó "sí", ¿quién?

**8) ¿Usted, o alguien por quien
esté solicitando, ha recibido
dinero de cualquier fuente?**

**Sí No Si dijo que
"sí", indique cada tipo a
continuación.**

Por ejemplo: ingreso

del Seguro Social, de la Administración de Veteranos, manutención de menores, regalos monetarios, aportaciones de otros, desempleo, Jubilación de Ferrocarriles, dividendos, intereses u otros ingresos.

<p>Tipo de ingresos</p>	<p>¿Quién lo recibe?</p>	<p>Cantidad mensual antes de las deducciones</p>

9) ¿Usted o alguien por quien solicita, paga cualquiera de los gastos indicados a continuación? Debe proporcionar comprobantes para que se le otorgue la deducción.

A) Gastos médicos de su propio bolsillo que al sumarse alcancen más de \$35.01 al mes. Por ejemplo: recetas, consultas médicas, facturas de hospitales, seguro médico, primas de Medicare, transporte, etc.

Sí No

Si contestó "sí", indique cada tipo a continuación.

Tipo de gasto médico	¿Quién paga este gasto?	Cantidad pagada	Frecuencia

B) Manutención de menores por obligación legal para alguien que no viva en su casa. Por ejemplo: copia de una orden judicial y comprobante de pago o una carta de la Agencia de Manutención de Menores.

Sí No

Si contestó "sí", ¿a quién?

**Cantidad pagada al
mes \$: _____**

C) ¿Cuida a una persona adulta discapacitada? Por ejemplo: carta o contrato de cuidados o del centro de cuidados.

Sí No

Si contestó "sí", ¿a quién?

**Cantidad pagada al
mes \$: _____**

Representante Autorizado:

Esta sección es OPCIONAL. Usted puede autorizar a otra persona para que lo represente en el proceso de solicitud. DES no pueden divulgar información sobre su elegibilidad, a menos de que nos de permiso por escrito.

Nombre del representante

¿Es el representante su tutor legal?

Sí No

**¿Actúa el representante
en nombre de una
organización?**

Sí No

Nombre de la organización:

**Dirección postal del
representante:**

Ciudad: _____

Estado: _____

Código postal: _____

**Número de teléfono del
representante:**

Este número es de:

Hogar

Celular

Trabajo

Mensajes

Otro: _____

**¿Qué idioma prefiere
hablar el representante?**

Inglés

Español

Otro: _____

**¿Qué idioma prefiere leer
el representante?**

Inglés

Español

Otro: _____

Esta sección también debe completarse cuando solicite un representante autorizado de Asistencia Nutricional (NA):

Entiendo que si mi representante autorizado de NA está actualmente descalificado de NA por una violación intencional del programa (IPV), no puede actuar como representante autorizado de NA. (cuando esto suceda, marque una de las siguientes casillas):

Seleccionaré a otra persona para que actúe como mi Representante Autorizado de NA.

Esta es la única persona que está disponible para ser mi Representante Autorizado de NA.

Firma del solicitante:

Fecha: _____

Entiendo que si me descalifican de NA por una infracción intencional

**del programa (IPV),
no puedo actuar como
representante autorizado
de NA a menos que no
haya nadie más disponible
para representar a esta
persona.**

**Proporcione su fecha de
nacimiento**

**y marque una de las
siguientes casillas: (*esta
es la fecha de nacimiento
del representante
autorizado de NA*)**

**Actualmente estoy
cumpliendo una**

descalificación por una IPV de Asistencia Nutricional.

Actualmente no estoy cumpliendo una descalificación por una IPV de Asistencia Nutricional.

Firma del representante:

Fecha: _____

Cuando se ha designado un tutor legal para el único solicitante adulto en el hogar, no

se requiere la firma del solicitante para que el tutor legal sea designado como representante autorizado. Sólo se necesita la firma del representante autorizado.

Autorización de Representante Autorizado

Solicitante:

Al firmar a continuación, yo (el cliente) doy permiso para que la persona indicada anteriormente actúe en mi nombre como mi representante.

Esa persona puede ayudarme en el proceso de calificar para Asistencia Nutricional.

Doy permiso y acepto que mi representante puede hacer todo lo siguiente en mi nombre:

- **Llenar y firmar mi solicitud.**
- **Proporcionar cualquier documentación solicitada, incluso información personal.**
- **Firmar en mi nombre para permitir que otras personas, negocios,**

o agencias divulguen información personal sobre mí al DES, incluso información de salud protegida que se necesite para determinar si estoy discapacitado.

También acepto dar información sobre mis circunstancias personales a mi representante. Y acepto permitir que mi representante asigne todos mis derechos de manutención infantil y manutención conyugal en

mi nombre.

**Representante
Autorizado:**

**Al firmar a continuación,
yo (el representante)
estoy de acuerdo de
actuar en nombre del
cliente. También estoy de
acuerdo a:**

- **Sólo proporcionar información completa y verdadera bajo pena de perjurio.**
- **Llenar y firmar los formularios necesarios.**

- **Obtener y entregarle al DES toda la información necesaria para determinar si el cliente califica para recibir ayuda con Asistencia Nutricional, tales como el número de Seguro Social del cliente, ingresos, bienes, ciudadanía, residencia e información sobre el cónyuge del cliente).**
- **Informarle al DES de inmediato si el cliente tiene un:**

- **Aumento o disminución de ingresos;**
- **Aumento o disminución de bienes;**
- **Cambio en la propiedad de los bienes, incluso la apertura o cierre de cuentas financieras;**
- **Cambio en la dirección; o**
- **Cambio en la cantidad de primas pagadas.**

- **Mantener la confidencialidad de cualquier información sobre el solicitante o beneficiario proporcionada por la agencia.**
-

Si se determina que soy elegible, esta autorización permanecerá vigente hasta que yo o mi representante le indiquemos que la detenga. Esta autorización vencerá cuando mi solicitud de

asistencia sea retirada o denegada, o cuando finalice mi elegibilidad. Sin embargo, esta autorización continuará en cualquier momento mientras esté disputando mi elegibilidad en una audiencia administrativa o un procedimiento judicial.

Firma del solicitante:

Fecha: _____

Firma del representante:

Fecha: _____

**A mi representante
le gustaría recibir
información sobre esta
solicitud por:**

Correo electrónico:

Sí No

Correo electrónico:

Texto: Sí No

**Núm. para recibir
texto (aplican las**

tarifas estándares):

Si no marca 'Sí' para correo electrónico o texto, toda la información de esta solicitud se enviará por el correo de los EE.UU. a la dirección postal proporcionada.

No Envíe Solicitudes Aquí

Declaración de no Discriminación del USDA

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-3027.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 or
(202) 690-7442; or**

3. correo electrónico:

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

**Esta entidad es un
proveedor que brinda
igualdad de oportunidades.**

No Envíe Solicitudes Aquí

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.