

## SOLICITUD DE INFORMACIÓN Y ACUERDO PARA PROPORCIONAR INFORMACIÓN QUE FALTA

Case Name: \_\_\_\_\_ Applicant's Name (Last, First, M.I.): \_\_\_\_\_ AZTECS Case No.: \_\_\_\_\_

Local Office Address (No., Street, City, State, ZIP Code): \_\_\_\_\_  
 Check all that apply: NA/CA/TC MA

**DEVUELVA ESTE FORMULARIO CON LAS VERIFICACIONES MARCADAS (✓) ABAJO**

Devolver a: \_\_\_\_\_ Buzón: \_\_\_\_\_ Unidad: \_\_\_\_\_ Código de área y teléfono: \_\_\_\_\_

Worker's Signature: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

**DECLARACIÓN DE ENTENDIMIENTO:** Me han explicado la necesidad de proporcionar la prueba(s) indicada abajo. Entiendo mi responsabilidad de proporcionar esta prueba(s). También entiendo que si no puedo proporcionar la prueba(s), le pediré ayuda a mi trabajador. Proporcionaré la prueba(s) para la fecha siguiente: \_\_\_\_\_.

Si no proporciono la prueba(s) necesaria, puede que el beneficio(s) indicado arriba sea cambiado, denegado o terminado.

Firma del solicitante: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

VERIFICACIONES	NECESARIA PARA			NECESARIA PARA PERSONA(S) MES(ES)
	NA	CA	MA	
Verificación de embarazo. Fecha estimada de nacimiento: <b>(Para una prueba de embarazo gratis, llame al 1-800-833-4642)</b>				
Identidad				
Dirección residencial / Estado de residencia temporal				
Certificado de nacimiento / Bautizo / Tarjeta de Censo Tribal / Datos biográficos / Prueba de edad				
Prueba de ciudadanía, estado de inmigración o 40 trimestres				
Número de Seguro Social / Solicitud de Número de Seguro Social				
Decreto de Divorcio / Órdenes de Sustento para Menores / Certificado de Matrimonio				
Prueba de asistencia escolar / Fecha de terminación del programa				
Declaración firmada del arrendador o persona sin parentesco con usted, verificando quiénes viven en el hogar. Arrendador o persona sin parentesco no debe vivir en el mismo hogar. <b>(Tiene que incluir la dirección y el número de teléfono de la persona que firma)</b>				
Declaración de cómo su hogar compra y prepara la comida				
Declaración médica de incapacidad, incluso duración de la incapacidad o el episodio de emergencia				
Prueba de todos los gastos médicos mensuales (en total de \$35.01 o más) Durante el periodo desde: _____ hasta: _____				

VERIFICACIONES	NECESARIA PARA			NECESARIA PARA PERSONA(S) MES(ES)
	NA	CA	MA	
Cooperar con: DCSS Orientación preliminar para el programa de Jobs (JPPO) Oficina de Empleo JOBS Native Employment Works (NEW)				
Estados actuales de todas las cuentas de banco / uniones de crédito y transacciones IDA				
Propiedad inmueble ( <i>solares, edificios, casa, terreno, etc.</i> )				
Otra propiedad personal ( <i>bonos, joyas, seguro de vida, ganado, etc.</i> )				
Ingresos estudiantiles ( <i>subvenciones, becas, préstamos, estudio y trabajo, etc.</i> )				
Gastos estudiantiles ( <i>matrícula, libros, transporte, etc.</i> )				
Ingreso bruto ganado ( <i>talones de cheques o declaración firmada del empleador</i> ) para cada periodo de pago. Listado por fin del periodo de pago la fecha de pago, y ingreso bruto para cada fecha de pago. Desde: hasta:				
Ingreso de negocio propio: Nuevo Continuo Durante el periodo desde: hasta:				
Gastos de negocio propio Durante el periodo desde: hasta:				
Otro ingreso: SSI SSA VA UI Sustento para menores En especio Ganancias de la lotería y de juego ( <i>\$3750 o más en un solo juego</i> ) Durante el periodo desde: hasta:				
Prueba de que el ingreso ha terminado, y la fecha Último día que trabajó: Último día pagado:				
Hipoteca Alquiler Espacio alquilado Impuestos de propiedad Seguro como dueño de casa Asociación de propietarios (HOA)				
Servicios públicos: Electricidad Agua Gas Teléfono Otro ( <i>especifique</i> ):				
Declaración de cómo se han pagado los gastos, las cantidades y quién los paga				
Gastos por cuidado de dependientes. Facturados por: Durante el periodo desde: hasta:				
Solicitud para otros beneficios ( <i>especifique SSI, UI, VA, RR, etc.</i> ) Tipo de beneficio:				
Ingresos y gastos por sobrepagos. Durante el periodo desde: hasta:				
Otro ( <i>especifique</i> ):				

## Información adicional necesaria:

---

El USDA es un proveedor y empleador con igualdad de oportunidades • Agencias de DES/TANF son empleadores y programas de 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.