

**ARIZONA DEPARTMENT OF
ECONOMIC SECURITY**

**Administración de Asistencia para
Familias**

**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/RCA/TC MA

Ve la página 14 para leer la declaración de USDA/EOE/ADA

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

Devolver a: _____

Buzón _____ **Unidad** _____

Código de área y teléfono

EI'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), pediré
ayuda a mi EI (Entrevistador de
Elegibilidad). 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

- **Verificación de embarazo. Fecha estimada de nacimiento: _____**
(Para una prueba de embarazo gratis, llame al 1-800-833-4642)
Necesaria Para: CA Tribal MA
Necesaria Para Persona(S) Mes(Es)

- **Identidad**
Necesaria Para: NA CA MA
Necesaria Para Persona(S) Mes(Es)

- **Dirección residencial/Estado de residencia temporal**
Necesaria Para: NA CA MA
Necesaria Para Persona(S) Mes(Es)

- **Certificado de nacimiento/
Bautizo/Tarjeta de Censo Tribal/
Datos biográficos/Prueba de edad**
Necesaria Para: NA CA MA
Necesaria Para Persona(S) Mes(Es)

- **Prueba de ciudadanía, estado de
inmigración o 40 trimestres**
Necesaria Para: NA CA MA
Necesaria Para Persona(S) Mes(Es)

- **Número de Seguro Social/
Solicitud de Número de Seguro
Social**

Necesaria Para: NA CA MA

Necesaria Para Persona(S) Mes(Es)

- **Decreto de Divorcio/Órdenes de
Sustento para Menores /
Certificado de Matrimonio**

Necesaria Para: NA CA MA

Necesaria Para Persona(S) Mes(Es)

- **Prueba de asistencia escolar/
Fecha de terminación del
programa**

Necesaria Para: NA CA MA

Necesaria Para Persona(S) Mes(Es)

- **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.**

(Tiene que incluir dirección y teléfono del signatario)

Necesaria Para: NA CA MA

Necesaria Para Persona(S) Mes(Es)

- **Declaración de compra/preparación de comida por separado**

Necesaria Para: NA

Necesaria Para Persona(S) Mes(Es)

- **Declaración médica de incapacidad, incluso duración de la incapacidad o el episodio de emergencia**
Necesaria Para: NA CA MA
Necesaria Para Persona(S) Mes(Es)

- **Prueba de todos los gastos médicos de cualquier persona de 60 años de edad o con discapacidad**
Durante el periodo desde:
_____ hasta: _____
Necesaria Para: NA
Necesaria Para Persona(S) Mes(Es)

- **Cooperar con:**
DCSS Orientación preliminar para el programa de Jobs (JPPPO)
Oficina de Empleo JOBS
Native Employment Works (NEW)

Necesaria Para: CA

Necesaria Para Persona(S) Mes(Es)

- **Estados actuales de todas las cuentas de banco/uniones de crédito y transacciones IDA**

Necesaria Para: NA CA MA

Necesaria Para Persona(S) Mes(Es)

- **Propiedad inmueble** (*solares, edificios, casa, terreno, etc.*)

Necesaria Para: NA CA

Necesaria Para Persona(S) Mes(Es)

- **Otra propiedad personal** (*bonos, joyas, seguro de vida, ganado, etc.*)

Necesaria Para: NA CA

Necesaria Para Persona(S) Mes(Es)

- **Ingresos estudiantiles**
(subvenciones, becas, préstamos, estudio y trabajo, etc.)

Necesaria Para: NA CA MA

Necesaria Para Persona(S) Mes(Es)

- **Gastos estudiantiles** *(matrícula, libros, transporte, etc.)*

Necesaria Para: NA CA MA

Necesaria Para Persona(S) Mes(Es)

- **Ingreso bruto ganado** *(talones de cheques o declaración firmada del empleador)* **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:** _____

Necesaria Para: NA CA MA

Necesaria Para Persona(S) Mes(Es)

- **Ingreso de negocio propio:**

Nuevo Continuo

Durante el periodo desde:

_____ **hasta:** _____

Necesaria Para: NA CA MA

Necesaria Para Persona(S) Mes(Es)

- **Gastos de negocio propio**

Durante el periodo desde:

_____ **hasta:** _____

Necesaria Para: NA CA MA

Necesaria Para Persona(S) Mes(Es)

- **Otro ingreso: SSI SSA VA**
UI Sustento para menores
En especio
Durante el periodo desde:
_____ hasta: _____
Necesaria Para: NA CA MA
Necesaria Para Persona(S) Mes(Es)

- **Prueba de que el ingreso ha**
terminado, y la fecha
El última día en que se pagó: _____
El última día en que trabajó: _____
Necesaria Para: NA CA MA
Necesaria Para Persona(S) Mes(Es)

- **Hipoteca Alquiler**
Espacio alquilado
Impuestos de propiedad
Seguro como dueño de casa
Necesaria Para: NA CA

Necesaria Para Persona(S) Mes(Es)

- **Servicios públicos: Electricidad
Agua Gas Teléfono
Otro (*especifique*): _____**

Necesaria Para: NA

Necesaria Para Persona(S) Mes(Es)

- **Declaración de cómo se han pagado los gastos, las cantidades y quién los paga**

Necesaria Para: NA CA MA

Necesaria Para Persona(S) Mes(Es)

- **Gastos por cuidado de dependientes. Facturados por:**

Durante el periodo desde:
_____ **hasta:** _____

Necesaria Para: NA CA MA

Necesaria Para Persona(S) Mes(Es)

- **Solicitud para otros beneficios**
(especifique SSI, UI, VA, RR, etc.)

Tipo de beneficio: _____

Necesaria Para: CA MA

Necesaria Para Persona(S) Mes(Es)

- **Ingresos y gastos por sobrepagos.**
Durante el periodo desde:

_____ **hasta:** _____

Necesaria Para: NA CA

Necesaria Para Persona(S) Mes(Es)

- **Otro** *(especifique):*

Necesaria Para: NA CA MA

Necesaria Para Persona(S) Mes(Es)

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.