

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.

Caso _____ Fecha _____

Número de caso AZTECS _____ ID de solicitud: _____

DECLARACIÓN DE VERDADIDAD (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^{er} semana: _____ por _____ horas Fecha de 2^a semana: _____ por _____ horas

Fecha de 3^{er} semana: _____ por _____ horas Fecha de 4^a semana: _____ por _____ horas

Fecha de 5^a 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 próxima página.

ACERCA DEL FIN DE MI TRABAJO

Nombre del empleador _____ Teléfono del empleador _____

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

Vea la página 4 para la declaración de USDA/EOE/ADA/LEP/GINA

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 enores (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

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

MES:		MES:		MES:	
FECHA	CANTIDAD	FECHA	CANTIDAD	FECHA	CANTIDAD

OTROS INGRESOS

Recibo ingresos de otra fuente no mencionada anteriormente:

FUENTE DE INGRESOS	CANTIDAD RECIBIDA	FRECUENCIA DEL INGRESO
Seguridad de Ingreso Suplementario (SS)		
Seguro por Desempleo (UI)		
Beneficios para veteranos		
Incapacidad o jubilación		
Donaciones o préstamos		
Otra:		

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 <i>(Apellido, Nombre, S.I.)</i>	PARENTESCO A USTED	FECHA DE NACIMIENTO /DEFUNCIÓN	NÚM. SEG. SOC. <i>(Opcional si no solicita)</i>	Añada a su CA, NA o MA	LA PERSONA ES	FECHA DE ENTRADA/ SALIDA
				CA NA MA	Embarazada Discapacitada Ciudadana de EE.UU. Estudiante Recibe dinero	A: De:
				CA NA MA	Embarazada Discapacitada Ciudadana de EE.UU. Estudiante Recibe dinero	A: De:
				CA NA MA	Embarazada Discapacitada Ciudadana de EE.UU. Estudiante Recibe dinero	A: De:
				CA NA MA	Embarazada Discapacitada Ciudadana de EE.UU. Estudiante Recibe dinero	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	NOMBRE DE LA COMPAÑÍA	ÚLTIMA CANTIDAD FACTURADA
Electricidad		
Gas y propano		
Agua		
Teléfono		
Carbón		
Leña		
Basura y alcantarillado		
Petróleo		

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 _____

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. • Ayuda gratuita con traducciones relacionadas a los servicios del DES está disponible a solicitud del cliente. • Available in English online or at the local office