

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

**SOLICITUD DE REPRESENTANTE  
AUTORIZADO(A)**

**Asistencia en Efectivo (CA)**

**Asistencia Nutricional (NA)**

**Asistencia Médica (MA)**

**Control de Tuberculosis (TC)**

**Nombre del caso:** \_\_\_\_\_

**Número de caso:** \_\_\_\_\_

**ID de Solicitud a HEAplus:**

\_\_\_\_\_

**Fecha:** \_\_\_\_\_

**Usted puede designar a un(a)  
Representante Autorizado(a), una  
persona adulta que no es miembro  
de su hogar, para que le ayude con  
los requisitos de solicitar u obtener  
beneficios.**

**Vea las páginas 13-15 para leer la  
declaración de USDA/EOE/ADA**

**Nombre del caso:** \_\_\_\_\_

**Número de caso:** \_\_\_\_\_

**Un(a) Representante Autorizado(a) es una amistad, pariente u otra persona que se preocupa por su bienestar. Es usted quien elige a la persona que sería su Representante Autorizado(a). Nosotros no elegimos tal 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 por parte de una agencia sí puede hacerlo. Esta persona puede ayudarlo de las maneras siguientes:**

- **Llenar y firmar su solicitud, formas y otro papeleo del Departamento de parte de usted.**
- **Cumplir con entrevistas de elegibilidad en persona o por teléfono de parte de usted.**

**Nombre del caso:** \_\_\_\_\_

**Número de caso:** \_\_\_\_\_

- **Proporcionar sus comprobantes de ingresos, recursos y demás información de su caso a DES y/o AHCCCS.**
- **Reportar y verificar cambios en las circunstancias de su caso (dirección, ingresos, recursos, gastos y demás).**
- **Recibir sus avisos y demás correspondencia del Departamento de parte de usted.**

## **INFORMACIÓN DE REPRESENTANTE AUTORIZADO(A)**

**Nombre (*apellido, primer, inicial del segundo*):** \_\_\_\_\_

**(Solo MA) ¿Actúa el representante en nombre de una organización?**

**Sí      No**

**Nombre del caso:** \_\_\_\_\_

**Número de caso:** \_\_\_\_\_

**Nombre de la organización:**

\_\_\_\_\_  
**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:**

**Hablado:**      **Inglés**      **Español**

**Otro:** \_\_\_\_\_

**Escrito:**      **Inglés**      **Español**

**Otro:** \_\_\_\_\_

**Nombre del caso:** \_\_\_\_\_

**Número de caso:** \_\_\_\_\_

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

---

**DEBE LLENAR ESTA SECCIÓN  
CUANDO DESIGNE A UN(A)  
REPRESENTANTE  
AUTORIZADO(A) PARA LA  
ASISTENCIA NUTRICIONAL (NA)**

**Por favor, lea con cuidado. Con su firma a continuación nos indica que leyó, entiende y acepta estas afirmaciones:**

---

**Solicitante:**

**Entiendo que si mi Representante Autorizado(a) de NA está actualmente descalificado de NA por una violación intencional del programa (IPV), no puede actuar como Representante Autorizado(a) de NA.**

**Nombre del caso:** \_\_\_\_\_

**Número de caso:** \_\_\_\_\_

**(Si sucediera esto, marque una de las casillas siguientes):**

**Elegiré a otra persona para ser mi Representante Autorizado(a) de NA.**

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

**Firma de Solicitante:**

---

**Fecha:** \_\_\_\_\_

---

**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 capaz de representar a esta persona.**

**Nombre del caso:** \_\_\_\_\_

**Número de caso:** \_\_\_\_\_

**Por favor, indique su fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ y marque una de las casillas siguientes:**  
*(esta es la fecha de nacimiento del Representante Autorizado(a) de NA)*

**Actualmente estoy cumpliendo una descalificación por un IPV de NA.**

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

**Firma de Representante:**

\_\_\_\_\_

**Fecha:** \_\_\_\_\_

## **AUTORIZACIÓN DE REPRESENTANTE AUTORIZADO(A)**

**Por favor, lea con cuidado. Con su firma a continuación nos indica que leyó, entiende y acepta estas afirmaciones:**

**Nombre del caso:** \_\_\_\_\_

**Número de caso:** \_\_\_\_\_

---

## **Solicitante:**

**Al firmar a continuación, yo (el cliente) doy permiso a la persona indicada anteriormente para actuar como mi representante:**

- **Certifico que la persona que escogí para que sea mi Representante Autorizado(a) es 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 soy responsable por cualquier información incorrecta que dé mi Representante y que se me puede enjuiciar por fraude y ser multado y/o encarcelado.**



**Nombre del caso:** \_\_\_\_\_

**Número de caso:** \_\_\_\_\_

- **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.**
- **Firmar con mi nombre para permitir que otras personas, empresas o agencias proporcionen información personal sobre mí a DES y/o AHCCCS, incluyendo información de salud protegida necesaria para determinar si estoy discapacitado.**

**Además, acepto dar información sobre mis circunstancias personales a mi Representante y estoy de acuerdo con permitir que mi**

**Nombre del caso:** \_\_\_\_\_

**Número de caso:** \_\_\_\_\_

**Representante conceda todos mis derechos a reclamaciones de reembolso médico a AHCCCS de parte mía.**

---

**Representante Autorizado(a):**

**Al firmar a continuación, yo (el/ la representante) acepto actuar en nombre del cliente. También acepto:**

- **Proporcionar sólo información cierta y completa, bajo pena de perjurio.**
- **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 actúo como más le conviene al hogar al cual ayudo.**

**Nombre del caso:** \_\_\_\_\_

**Número de caso:** \_\_\_\_\_

- **Acepto informar a DES y/o AHCCCS sobre cambios en las circunstancias del hogar.**
- **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 debo actualizar mi información con DES cada vez que el hogar al cual ayudo solicite renovar sus beneficios.**
- **Mantener la confidencialidad de cualquier información sobre el solicitante o beneficiario proporcionada por la agencia.**

---

**Si se determina que soy elegible, esta autorización permanece vigente**

**Nombre del caso:** \_\_\_\_\_

**Número de caso:** \_\_\_\_\_

**hasta que mi representante o yo le indiquemos que se suspenda. Esta autorización se vence cuando mi solicitud de ayuda se retracte o se deniegue, o hasta que termine mi elegibilidad. Sin embargo, esta autorización continúa durante el tiempo que esté impugnando mi elegibilidad en una audiencia administrativa o en un procedimiento judicial.**

---

**Firma de Solicitante:**

---

**Fecha:** \_\_\_\_\_

---

**Firma de Representante:**

---

**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.**