

Arizona Department of Economic Security  
Administración de Asistencia para Familias

## **Acuerdo de Solicitante y Guión de Desvío de Subvención**

Nombre del solicitante (*Apellido, nombre, S.I.*): \_\_\_\_\_

Núm. de AZTECS: \_\_\_\_\_

### **Guión**

Después de repasar su información, es posible que usted pueda tener derecho a al menos \$1.00 de asistencia en efectivo. Usted puede optar por aceptar la opción del pago de Desvío de Subvención.

Asistencia de Desvío de Subvención es:

- Un pago que no se repite y que se puede recibir **SÓLO UNA VEZ** en un plazo de 12 meses.
- Un pago global equivalente a tres (3) meses de asistencia en efectivo que su familia tendría derecho de recibir.

Vea la página 5 para leer la declaración de  
**EOE/ADA**

- Con la intención de apoyarlo a usted y a su familia en sus esfuerzos de obtener un empleo de horario completo.

## Acuerdo

Entiendo lo siguiente:

Servicios de Cuidado de Niños se pueden estar a mi disposición durante los tres meses de la asistencia de Desvío de Subvención.

La opción de asistencia de Desvío de Subvención me ha sido explicada y he decidido que el pago global de **sólo una vez** me ayudará a lograr autosuficiencia por medio de empleo de tiempo completo.

No podré solicitar Asistencia en Efectivo durante el plazo de Desvío

de Subvención desde el: \_\_\_\_\_

hasta: \_\_\_\_\_

Si no acepto o si no tengo derecho a la asistencia de Desvío de Subvención, debo cooperar con el Programa de Jobs y la División de Sustento para Menores antes que se pueda aprobar mi Asistencia en Efectivo.

He hecho el siguiente trabajo (*marque todo que aplica*):

Tareas domésticas

Trabajo general

Restaurante o motel

De oficina o trabajo administrativo

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

---

Entiendo las oportunidades que se me presentan y yo opto por lo siguiente:

**Acepto** el pago de asistencia de Desvío de Subvención.

Si está completando este formulario electrónicamente, escribir su firma con el teclado constituirá una firma válida.

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

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

**No acepto** el pago de asistencia de Desvío de Subvención.

Si está completando este formulario electrónicamente, escribir su firma con el teclado constituirá una firma válida.

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

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

Como representante de DES, he explicado la opción de asistencia de Desvío de Subvención.

Evaluador de servicios programáticos (*PSE*):

\_\_\_\_\_  
Núm. de teléfono (*Incluya código de área y la extensión*): \_\_\_\_\_

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

***Distribución: Original*** – Solicitante; ***Copia*** – Archivo de caso

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 (incluyendo identidad de género y orientación sexual), 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