

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:

Vea las páginas 8-10 para
leer la declaración de EOE/
ADA

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.
- 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