

**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/LEP/GINA**

# 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.**

**Firma del solicitante:**

---

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

**NO ACEPTO el pago de asistencia de Desvío de Subvención.**

**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, 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.**