

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

**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.**

**Vea las páginas 42-45 para la declaración
de USDA/EOE/ADA/LEP/GINA**

Caso

Fecha

Número de caso AZTECS

ID de solicitud

**DECLARACIÓN
DE VERDACIDAD
(*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 2ª semana:

_____ **por**

_____ **horas**

Fecha de 3^{er} semana:

_____ **por**

_____ **horas**

Fecha de 4ª semana:

_____ **por**

_____ **horas**

Fecha de 5ª 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
varian 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 página 14.**

ACERCA DEL FIN DE MI TRABAJO

Nombre del empleador

Teléfono del empleador

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

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 menores
(*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**

Nombre del menor

Cantidad \$ _____
Del padre ausente

Child's Name

Cantidad \$ _____
Del padre ausente

Child's Name

Cantidad \$ _____
Del padre ausente

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

MES

Fecha _____

Cantidad \$ _____

Fecha _____

Cantidad \$ _____

Fecha _____

Cantidad \$ _____

Fecha _____

Cantidad \$ _____

MES

Fecha _____

Cantidad \$ _____

Fecha _____

Cantidad \$ _____

Fecha _____

Cantidad \$ _____

Fecha _____

Cantidad \$ _____

MES

Fecha _____

Cantidad \$ _____

Fecha _____

Cantidad \$ _____

Fecha _____

Cantidad \$ _____

Fecha _____

Cantidad \$ _____

OTROS INGRESOS

Recibo ingresos de otra fuente no mencionada anteriormente:

FUENTE DE INGRESOS

Seguridad de Ingreso Suplementario (*SSI*)

CANTIDAD RECIBIDA

FRECUENCIA DEL INGRESO

FUENTE DE INGRESOS

**Seguro por Desempleo
(UI)**

CANTIDAD RECIBIDA

**FRECUENCIA
DEL INGRESO**

FUENTE DE INGRESOS

Beneficios para veteranos

CANTIDAD RECIBIDA

**FRECUENCIA
DEL INGRESO**

FUENTE DE INGRESOS

Incapacidad o jubilación

CANTIDAD RECIBIDA

**FRECUENCIA
DEL INGRESO**

FUENTE DE INGRESOS

Donaciones o préstamos

CANTIDAD RECIBIDA

FRECUENCIA DEL INGRESO

FUENTE DE INGRESOS

Otro

CANTIDAD RECIBIDA

FRECUENCIA DEL INGRESO

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 (*Apellido, Nombre, S.I.*)

PARENTESCO A USTED

**FECHA DE NACIMIENTO/
DEFUNCIÓN**

NÚM.SEG.SOC. (*Opcional si no solicita*)

Añada a su CA, NA o MA

CA

NA

MA

LA PERSONA ES

Embarazada

Discapacitada

Ciudadana de EE.UU.

Estudiante

Recibe dinero

**FECHA DE ENTRADA/
SALIDA**

A: _____

De: _____

**NOMBRE (*Apellido,
Nombre, S.I.*)**

PARENTESCO A USTED

**FECHA DE NACIMIENTO/
DEFUNCIÓN**

***NÚM.SEG.SOC. (Opcional
si no solicita)***

Añada a su CA, NA o MA

CA NA MA

LA PERSONA ES

Embarazada

Discapacitada

Ciudadana de EE.UU.

Estudiante

Recibe dinero

FECHA DE ENTRADA/

SALIDA

A: _____

De: _____



**NOMBRE (*Apellido,
Nombre, S.I.*)**

PARENTESCO A USTED

**FECHA DE NACIMIENTO/
DEFUNCIÓN**

***NÚM.SEG.SOC. (Opcional
si no solicita)***

Añada a su CA, NA o MA
CA NA MA

LA PERSONA ES

Embarazada

Discapacitada

Ciudadana de EE.UU.

Estudiante

Recibe dinero

**FECHA DE ENTRADA/
SALIDA**

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

Electricidad

**NOMBRE DE LA
COMPAÑÍA**

**ÚLTIMA CANTIDAD
FACTURADA**

TIPO DE GASTO

Gas y propano

**NOMBRE DE LA
COMPAÑÍA**

**ÚLTIMA CANTIDAD
FACTURADA**

TIPO DE GASTO

Agua

**NOMBRE DE LA
COMPAÑÍA**

**ÚLTIMA CANTIDAD
FACTURADA**

TIPO DE GASTO

Teléfono

**NOMBRE DE LA
COMPAÑÍA**

**ÚLTIMA CANTIDAD
FACTURADA**

TYPE OF EXPENSES

Carbón

**NOMBRE DE LA
COMPAÑÍA**

**ÚLTIMA CANTIDAD
FACTURADA**

TYPE OF EXPENSES

Leña

**NOMBRE DE LA
COMPAÑÍA**

**ÚLTIMA CANTIDAD
FACTURADA**

TYPE OF EXPENSES

Basura y alcantarillado

**NOMBRE DE LA
COMPAÑÍA**

**ÚLTIMA CANTIDAD
FACTURADA**

TYPE OF EXPENSES

Petróleo

**NOMBRE DE LA
COMPAÑÍA**

**ÚLTIMA CANTIDAD
FACTURADA**

**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. Para 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