

**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.**

Caso

Fecha

Número de caso AZTECS

ID de solicitud

**Vea las páginas 24-25 para la declaración
de USDA/EOE/ADA/LEP/GINA**

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 2^a semana: _____

por _____ **horas**

Fecha de 3^{er} semana: _____

por _____ **horas**

Fecha de 4^a semana: _____

por _____ **horas**

Fecha de 5^a 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 varían 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 8.

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

Direcci

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

Nombre del menor

Cantidad \$ _____

Del padre ausente

Nombre del menor

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

Otra _____

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 MUDANZA

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 MUDANZA

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 MUDANZA

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

TIPO DE GASTO

Carbón

NOMBRE DE LA COMPAÑÍA

ÚLTIMA CANTIDAD FACTURADA

TIPO DE GASTO

Leña

NOMBRE DE LA COMPAÑÍA

ÚLTIMA CANTIDAD FACTURADA

TIPO DE GASTO

Basura y alcantarillado

NOMBRE DE LA COMPAÑÍA

ÚLTIMA CANTIDAD FACTURADA

TIPO DE GASTO

Petróleo

NOMBRE DE LA COMPAÑÍA

ÚLTIMA CANTIDAD FACTURADA

DECLARACIÓN ADICIONAL

AGENCY USE ONLY (SOLO PARA EL USO DE LA AGENCIA)

FA-077 Due Date _____

A011/F011 Due Date _____

Result of Collateral Contact

Date of Collateral Contact

Worker's Signature _____

Date _____

SUPERVISOR SIGNATURE REQUIRED PRIOR TO USING PARTICIPANT'S STATEMENT AS BEST AVAILABLE.

Supervisor'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 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