

**SOLICITUD DE ASISTENCIA NUTRICIONAL PROYECTO
DE SOLICITUD SIMPLIFICADA PARA PERSONAS DE
TERCERA EDAD (ESAP por sus siglas en inglés)**

Puede usar esta solicitud siempre y cuando usted y cualquier persona para quien solicite:

- Sea de 60 años o mayor de edad y
- No recibe ingresos por trabajo o por cuenta propia

Si su hogar cumple con los requisitos anteriores, tiene derecho a participar en el programa ESAP. A continuación se detallan los beneficios del programa:

- Un proceso de solicitud, verificación y renovación más corto y simplificado
- Un periodo de aprobación más largo (36 meses)
- No se requiere ningún contacto a la mitad del periodo de aprobación
- Puede que no sea necesaria una entrevista de renovación

Si tiene alguna pregunta, comuníquese con la Unidad ESAP al 1 (855) 234-4960.

CÓMO PRESENTAR UNA SOLICITUD

Presente su solicitud por cualquiera de las siguientes maneras:

Por correo:

Arizona Department of Economic Security Family Assistance Administration
ESAP Unit
P.O. Box 19009
Phoenix, Arizona 85005-9009

Por fax:

(602) 257-7035 ATTN: ESAP

Por teléfono:

Si necesita ayuda para llenar la solicitud, llame a la Unidad ESAP al 1 (855) 234-4960.

REPRESENTANTE AUTORIZADO/A

Un(a) representante autorizado/a es un(a) amigo/a, pariente u otra persona que conoce sus circunstancias y que puede ayudarle en el proceso de solicitud. Si desea que alguien sea su Representante Autorizado/a, debe completar la información del representante autorizado de Asistencia Nutricional en las páginas 6 y 7.

Vea la página 8 para leer la declaración de USDA/EOE/ADA

**SOLICITUD DE ASISTENCIA NUTRICIONAL
 PROYECTO DE SOLICITUD SIMPLIFICADA PARA PERSONAS
 DE TERCERA EDAD (ESAP por sus siglas en inglés)**

Nota: Puede presentar una solicitud solo con su nombre, dirección y la firma de un miembro responsable del hogar o su representante autorizado. No se podrá determinar su elegibilidad hasta que llene la solicitud por completo.

Solo para uso de la Agencia: Número de caso: _____ Fecha de solicitud: _____

Información del Cliente:

Díganos cómo podemos comunicarnos con un miembro adulto de su hogar. Si la oficina de correos no entrega correo en su domicilio, proporcione una dirección postal. Si no tiene una dirección postal que darnos, comuníquese con nosotros para obtener ayuda.

Nombre legal (Nombre, Segundo, Apellido): _____

Dirección residencial (incluya el número de apto.): _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal _____

Dirección postal (si es diferente): _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal _____

¿Vive en un albergue? Sí No Si contesto "Sí", ¿qué tipo? _____

Número de teléfono (casa, trabajo, celular, mensaje): _____

¿Qué idioma prefieren hablar usted y su familia en su hogar?
 Inglés Español Otro _____

¿Qué idioma prefieren leer usted y su familia en su hogar?
 Inglés Español Otro _____

Me gustaría recibir información sobre esta solicitud por:

Correo electrónico: Sí No Correo electrónico: _____

Texto: Sí No Núm. para recibir texto (aplican las tarifas estándares): _____

Si no marca 'Sí' para correo electrónico o texto, toda la información de esta solicitud se enviará por el correo de los EE.UU. a la dirección postal proporcionada.

FIRME LA SOLICITUD:

Afirmo bajo pena de perjurio que responderé preguntas en esta solicitud sobre mí y las personas en esta solicitud que solicitan beneficios con la verdad, según mi leal saber y entender. Esto incluye cualquier información sobre ciudadanía o condición de extranjero. No he ocultado ni ocultaré ninguna información. Afirmo bajo pena de perjurio que toda la información fotocopiada que proporciono es la misma que la de los documentos originales y que todos los documentos que proporciono son verdaderos y correctos a mi leal saber y entender. También afirmo bajo pena de perjurio que las declaraciones que proporciono sobre las condenas por delitos graves y el cumplimiento de la libertad condicional son verdaderas y correctas. Entiendo mis derechos y responsabilidades para cada programa.

Firma del solicitante o representante autorizado: _____ Fecha: _____

Firma del cónyuge (Sólo para CA y NA): _____ Fecha: _____

Firma de otro adulto en el hogar: _____ Fecha: _____

Firma del testigo (si firmó con una marca): _____ Fecha: _____

1) Servicios de urgencia:

Se analizará su hogar para elegibilidad de beneficios de Asistencia Nutricional (NA, por sus siglas en inglés) y, si resultara elegible, su hogar recibirá beneficios NA a los 7 (siete) días de su fecha de solicitud.

Para determinar si su hogar resulta elegible para beneficios NA de urgencia, conteste las preguntas siguientes (de la A a la D):

A) ¿Cuánto dinero tiene a mano y en una cuenta bancaria para su hogar? \$ _____

B) ¿Cuánto dinero aportará en su hogar este mes? \$ _____

C) ¿Cuánto gasta su hogar para vivienda?

(Hipoteca; alquiler renta; lote alquilado o rentado; indique impuestos prediales y seguro de propiedad, si los paga aparte; cuotas de asociación de propietarios HOA)

Tipo de gasto	¿Quién paga este gasto?	Importe pagado	Frecuencia

D) ¿Cuánto gasta su hogar en servicios públicos?

(electricidad, gas, propano, leña, agua, basura, aguas negras o alcantarillado, teléfono, etc.)

Tipo de gasto	¿Quién paga este gasto?	Importe pagado	Frecuencia

E) ¿Cómo calienta (calefacción central, estufa, chimenea) o refrigera (acondicionador de aire, refrigerador evaporativo) su domicilio? _____

2) ¿Está trabajando usted o alguien en su hogar?

Sí, vea la portada de la solicitud para más instrucciones.

No, proporcione el mes y el año en el que recibió ingresos de trabajo o empleo por cuenta propia por última vez. _____

Al solicitar Asistencia Nutricional (NA, por sus siglas en inglés), las personas de su hogar pueden optar por no recibir los beneficios de NA. Estas personas no están obligadas a proporcionar un número de Seguro Social ni información de ciudadanía e inmigración. Sin embargo, para NA, es posible que sea necesario incluir a algunas personas del hogar.

Los números de Seguro Social se verifican a través de programas informáticos de comparación y pueden compartirse con agencias federales y estatales o con agencias privadas de reclamos/ cobro. Para NA, solicitar su número de Seguro Social está autorizado según la Ley de Alimentación y Nutrición de 2008.

Raza/Etnia: Seleccione una o más respuestas para cada persona que solicita beneficios. Esta información se utiliza para garantizar que los beneficios del programa se distribuyan sin distinción de raza, color u origen nacional. Esta información es opcional y no afecta la elegibilidad ni el nivel de beneficios.

3) Díganos sobre su hogar: Indique cada persona por quien esté solicitando. Deberá incluir a su cónyuge, si viviera con usted. Adjunte otra página si necesitara más espacio.

Nombre (<i>Apellido, Primero, Segundo</i>)	Número de Seguro Social	Fecha de nacimiento	Sexo	Etnicidad Hispano/Latino	Raza	¿Ciudadano/a de los EE. UU.?	Parentesco con usted
				Sí No		Sí No	
				Sí No		Sí No	
				Sí No		Sí No	

4) Si usted, o alguna persona por quien está solicitando, no es ciudadano/a de los EE. UU., ¿desea proporcionar su estatus de inmigración?

Sí No Si contestó "sí", ¿quién? _____

Estatus de inmigración: _____ Tipo de documento: _____

Sí No Si contestó "sí", ¿quién? _____

Estatus de inmigración: _____ Tipo de documento: _____

Sí No Si contestó "sí", ¿quién? _____

Estatus de inmigración: _____ Tipo de documento: _____

5) Indique a todos en su hogar con quien usted no compre ni prepare sus alimentos. Adjunte otra página si necesita más espacio.

Nombre (<i>Apellido, Primero, Segundo</i>)	Fecha de nacimiento	Parentesco con usted

6) Ha ganado alguien \$4250 o más en una sola jugada de Lotería o Juegos de Apuestas este mes?

Sí No Si contestó "sí", ¿quién? _____ ¿Cuándo? _____

Cantidad bruta: \$ _____ ¿Cuánto resta? \$ _____

7) ¿Usted o alguien por quien esté solicitando:

A) Ha recibido o espera recibir Asistencia Nutricional de otro estado en este mes?

Sí No Si contestó "sí", ¿quién? _____ ¿De qué estado? _____

B) Vive en la actualidad en un hogar de convalecencia o un hogar colectivo?

Sí No Si contestó "sí", ¿quién? _____

Nombre del centro: _____

C) Está recibiendo Reparto Tribal de Alimentos?

Sí No Si contestó "sí", ¿quién? _____

D) Se le ha condenado por un delito de poseer, uso o reparto de una sustancia controlada el o antes del 23 de agosto del 1996?

Sí No Si contestó "sí", ¿quién? _____

E) Alguien en el hogar es prófugo de la ley por acusaciones de delito o por infracción de libertad condicional o liberad postcarcelaria?

Sí No Si contestó "sí", ¿quién? _____

8) **¿Usted, o alguien por quien esté solicitando, ha recibido dinero de cualquier fuente?**

Sí No Si dijo que "sí", indique cada tipo a continuación.

Por ejemplo: ingreso del Seguro Social, de la Administración de Veteranos, manutención de menores, regalos monetarios, aportaciones de otros, desempleo, Jubilación de Ferrocarriles, dividendos, intereses u otros ingresos.

Tipo de ingresos	¿Quién lo recibe?	Cantidad mensual antes de las deducciones

9) **¿Usted o alguien por quien solicita, paga cualquiera de los gastos indicados a continuación? Debe proporcionar comprobantes para que se le otorgue la deducción.**

A) Gastos médicos de su propio bolsillo que al sumarse alcancen más de \$35.01 al mes. Por ejemplo: recetas, consultas médicas, facturas de hospitales, seguro médico, primas de Medicare, transporte, etc.

Sí No Si contestó "sí", indique cada tipo a continuación.

Tipo de gasto médico	¿Quién paga este gasto?	Cantidad pagada	Frecuencia

B) Manutención de menores por obligación legal para alguien que no viva en su casa. Por ejemplo: copia de una orden judicial y comprobante de pago o una carta de la Agencia de Manutención de Menores.

Sí No Si contestó "sí", ¿a quién? _____

Cantidad pagada al mes \$: _____

C) ¿Cuida a una persona adulta discapacitada? Por ejemplo: carta o contrato de cuidados o del centro de cuidados. Sí No

Si contestó "sí", ¿a quién? _____ Cantidad pagada al mes \$: _____

Representante Autorizado:

Esta sección es OPCIONAL. Usted puede autorizar a otra persona para que lo represente en el proceso de solicitud. DES no pueden divulgar información sobre su elegibilidad, a menos de que nos de permiso por escrito.

Nombre del representante: _____

¿Es el representante su tutor legal? Sí No

¿Actúa el representante en nombre de una organización? Sí No

Nombre de la organización: _____

Dirección postal del representante: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal _____

Número de teléfono del representante: _____

Este número es de: Hogar Celular Trabajo Mensajes Otro: _____

¿Qué idioma prefiere hablar el representante?

Inglés Español Otro _____

¿Qué idioma prefiere leer el representante?

Inglés Español Otro _____

Esta sección también debe completarse cuando solicite un representante autorizado de Asistencia Nutricional (NA):

<p>Entiendo que si mi representante autorizado de NA está actualmente descalificado de NA por una violación intencional del programa (IPV), no puede actuar como representante autorizado de NA. (cuando esto suceda, marque una de las siguientes casillas):</p> <p>Seleccionaré a otra persona para que actúe como mi Representante Autorizado de NA. Esta es la única persona que está disponible para ser mi Representante Autorizado de NA.</p>	<p>Entiendo que si me descalifican de NA por una infracción intencional del programa (IPV), no puedo actuar como representante autorizado de NA a menos que no haya nadie más disponible para representar a esta persona.</p> <p>Proporcione su fecha de nacimiento _____ y marque una de las siguientes casillas: <i>(esta es la fecha de nacimiento del representante autorizado de NA)</i></p> <p>Actualmente estoy cumpliendo una descalificación por una IPV de Asistencia Nutricional.</p> <p>Actualmente no estoy cumpliendo una descalificación por una IPV de Asistencia Nutricional.</p>
<p>Firma del solicitante: _____ Fecha: _____</p>	<p>Firma del representante: _____ Fecha: _____</p>

Cuando se ha designado un tutor legal para el único solicitante adulto en el hogar, no se requiere la firma del solicitante para que el tutor legal sea designado como representante autorizado. Sólo se necesita la firma del representante autorizado.

Autorización de Representante Autorizado

<p>Solicitante:</p> <p>Al firmar a continuación, yo (el cliente) doy permiso para que la persona indicada anteriormente actúe en mi nombre como mi representante. Esa persona puede ayudarme en el proceso de calificar para Asistencia Nutricional. Doy permiso y acepto que mi representante puede hacer todo lo siguiente en mi nombre:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Llenar y firmar mi solicitud. ● Proporcionar cualquier documentación solicitada, incluso información personal. ● Firmar en mi nombre para permitir que otras personas, negocios, o agencias divulguen información personal sobre mí al DES, incluso información de salud protegida que se necesite para determinar si estoy discapacitado. <p>También acepto dar información sobre mis circunstancias personales a mi representante. Y acepto permitir que mi representante asigne todos mis derechos de manutención infantil y manutención conyugal en mi nombre.</p>	<p>Representante Autorizado:</p> <p>Al firmar a continuación, yo (el representante) estoy de acuerdo de actuar en nombre del cliente. También estoy de acuerdo a:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Sólo proporcionar información completa y verdadera bajo pena de perjurio. ● Llenar y firmar los formularios necesarios. ● Obtener y entregarle al DES toda la información necesaria para determinar si el cliente califica para recibir ayuda con Asistencia Nutricional, tales como el número de Seguro Social del cliente, ingresos, bienes, ciudadanía, residencia e información sobre el cónyuge del cliente). ● Informarle al DES de inmediato si el cliente tiene un: <ul style="list-style-type: none"> ○ Aumento o disminución de ingresos; ○ Aumento o disminución de bienes; ○ Cambio en la propiedad de los bienes, incluso la apertura o cierre de cuentas financieras; ○ Cambio en la dirección; o ○ Cambio en la cantidad de primas pagadas. ● Mantener la confidencialidad de cualquier información sobre el solicitante o beneficiario proporcionada por la agencia.
--	---

Si se determina que soy elegible, esta autorización permanecerá vigente hasta que yo o mi representante le indiquemos que la detenga. Esta autorización vencerá cuando mi solicitud de asistencia sea retirada o denegada, o cuando finalice mi elegibilidad. Sin embargo, esta autorización continuará en cualquier momento mientras esté disputando mi elegibilidad en una audiencia administrativa o un procedimiento judicial.

Firma del solicitante:	Fecha:	Firma del representante:	Fecha:
_____	_____	_____	_____

A mi representante le gustaría recibir información sobre esta solicitud por:

Correo electrónico: Sí No Correo electrónico: _____

Texto: Sí No Núm. para recibir texto (aplican las tarifas estándares): _____

Si no marca 'Sí' para correo electrónico o texto, toda la información de esta solicitud se enviará por el correo de los EE.UU. a la dirección postal proporcionada.

No Envíe Solicitudes Aquí

DECLARACIÓN DE NO DISCRIMINACIÓN DEL USDA

De acuerdo con la ley federal de derechos civiles y las normas y políticas de derechos civiles del Departamento de Agricultura de los Estados Unidos (USDA), esta entidad está prohibida de discriminar por motivos de raza, color, origen nacional, sexo (incluyendo identidad de género y orientación sexual), credo religioso, discapacidad, edad, creencias políticas, o represalia o retorsión por actividades previas de derechos civiles.

La información sobre el programa puede estar disponible en otros idiomas que no sean el inglés. Personas con discapacidad que requieran medios alternos de comunicación para obtener información sobre el programa (por ejemplo, Braille, letra grande, cinta de audio, lenguaje de señas americano), debe ponerse en contacto con la agencia (estatal o local) donde solicitaron los beneficios. Las personas sordas, con dificultades auditivas o con discapacidades del habla pueden comunicarse con el USDA a través del Servicio Federal de Retransmisión al (800) 877-8339.

Para presentar una queja por discriminación en el programa, el reclamante debe llenar un formulario AD-3027, formulario de queja por discriminación en el programa del USDA que puede obtenerse en línea en: <https://www.usda.gov/sites/default/files/documents/ad-3027s.pdf>, en cualquier oficina del USDA, llamando al (833) 620-1071, o escribiendo una carta dirigida al USDA. La carta debe contener el nombre del demandante, la dirección, el número de teléfono y una descripción escrita de la acción discriminatoria alegada con suficiente detalle para informar al Subsecretario de Derechos Civiles (ASCR) sobre la naturaleza y fecha de una presunta violación de derechos civiles. El formulario AD-3027 completado o la carta debe presentarse por:

1. correo:

Food and Nutrition Service, USDA
1320 Braddock Place, Room 334
Alexandria, VA 22314; o

2. fax:

(833) 256-1665, o (202)-690-7442; o bien por

3. correo electrónico:

FNSCIVILRIGHTSCOMPLAINTS@usda.gov

Esta entidad es un proveedor que brinda igualdad de oportunidades.

No Envíe Solicitudes Aquí

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. • Available in English on-line or at the local office.

LEY NACIONAL DE REGISTRO DE VOTANTES PREGUNTA DE PREFERENCIA DEL VOTANTE

Solicitar o rechazar registrarse para votar no afectará la cantidad de asistencia que le proporcionará el Departamento de Seguridad Económica de Arizona (DES, por sus siglas en inglés) ni afectará su elegibilidad para un programa o servicio del DES. Si no se ha registrado para votar en donde vive ahora, ¿le gustaría solicitar registrarse para votar aquí y ahora?

Sí No

SI NO MARCA NINGUNA CASILLA, SE CONSIDERARÁ QUE HA DECIDIDO NO REGISTRARSE PARA VOTAR EN ESTE MOMENTO.

Si marca 'Sí' o no selecciona ninguna de las casillas, se le proporcionará un formulario de inscripción de votante. Si desea ayuda para llenar el formulario de inscripción, le ayudaremos. La decisión de buscar o aceptar ayuda es suya. Puede llenar la solicitud en privado. Puede llevarse el formulario con usted y enviarlo por correo usted mismo/a a la oficina del Registrador del Condado (County Recorder en inglés) o puede llenar el formulario aquí mismo y entregárselo a un empleado.

Ya sea que elija registrarse para votar o no, su elección y cualquier información que proporcione es confidencial. Se usará solo para fines del censo electoral. Este formulario se mantendrá separado de cualquier documento relacionado con la asistencia. Todos los formularios de inscripción de votantes y los anexos que reciba el DES se enviarán a la oficina del Registrador del Condado.

NOTA: Asistencia lingüística gratuita para los servicios de DES está disponible a petición. Para obtener información adicional e instrucciones sobre cómo completar el proceso de inscripción de votantes, puede llamar al 1-877-THE VOTE.

Firma del cliente: _____ Fecha: _____
(o as iniciales del personal en caso de que el cliente no quiera firmar el formulario)

Si cree que alguien ha interferido con su derecho a inscribirse o no inscribirse para votar, su derecho a la privacidad a fin de decidir si desea o no inscribirse, o su derecho de elegir su propio partido político o alguna otra preferencia política, podrá presentar una queja a:

State Election Services Director - Office of the Secretary of State
1700 West Washington St. Phoenix, Arizona 85007 - Llame al (602) 542-8683 -o al- (877) 843-8683

Sólo para uso oficial

Complete el Método de encuentro para cada transacción cubierta.

Método de encuentro:

En persona (cara a cara) Remoto (teléfono, en línea, entrega)

Cuando la respuesta a la pregunta "¿Le gustaría solicitar registrarse para votar aquí y ahora?" arriba, sea "Sí" o no esté marcada ninguna de las dos casillas, por favor responda las dos preguntas a continuación:

Pregunta 1: ¿Cuál fue la respuesta a la pregunta de preferencia del votante del cliente?

Sí No marcó ninguna casilla

Pregunta 2: Se proporcionó el formulario de registro de votantes (DES-1232A):

En persona Por correo de los EE.UU. Por algún método de Internet (en línea)