

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

**SOLICITUD DE REPRESENTANTE  
AUTORIZADO(A) PARA  
ASISTENCIA NUTRICIONAL (NA)**

**Nombre del caso** \_\_\_\_\_

**Número del caso** \_\_\_\_\_

**Usted puede designar a un(a) Representante Autorizado(a), persona adulta que no es miembro de su hogar que le ayude a cumplir los requisitos de solicitar beneficios. Un(a) Representante Autorizado(a) puede ser una amistad, pariente u otra persona que se preocupe por su bienestar. Un(a) Representante Autorizado(a) es una persona que usted elige. No elegiremos tal**

**Vea las páginas 9-10 para leer la declaración de USDA/EOE/ADA**

**persona para usted. La persona que elija debe estar de acuerdo en ayudarlo. Una agencia no puede actuar como representante autorizado(a), pero una persona que forma parte de una agencia sí puede hacerlo. Esta persona puede ayudarlo de las maneras siguientes:**

- **llenar y firmar su solicitud, formularios y otro papeleo del Departamento de parte de usted**
- **cumplir con entrevistas de elegibilidad en persona o por teléfono de parte de usted**
- **proporcionar sus comprobantes de ingresos, recursos y demás información del caso**
- **reportar y verificar cambios en las circunstancias de su caso de parte de usted**
- **recibir sus avisos y demás correspondencia del Departamento de parte de usted.**

## **INFORMACIÓN DE REPRESENTANTE AUTORIZADO(A)**

**Quiero elegir a la persona indicada a continuación como mi Representante Autorizado(a):**

**Nombre (*apellido, 1er. nombre, inicial del 2do.*)** \_\_\_\_\_

**Teléfono (*con código de área*)**

**\_\_\_\_\_**  
**casa      celular      mensajes**  
**trabajo**

**Dirección postal (*número, calle*)**

**Ciudad** \_\_\_\_\_

**Estado** \_\_\_\_\_ **Código Postal** \_\_\_\_\_

**El idioma preferido por mi Representante Autorizado(a) es el:**

**hablado:      inglés      español**

**otro:** \_\_\_\_\_

**escrito:      inglés      español**

**otro:** \_\_\_\_\_

**Conozco a esta persona como mi (*su relación o parentesco con esta persona*)** \_\_\_\_\_

## **AUTORIZACIÓN DE REPRESENTANTE AUTORIZADO(A)**

**Por favor, lea con cuidado. Con su firma a continuación está indicando que leyó, entendió y acepta estas declaraciones.**

**Solicitante:**

**Certifico que he leído y entiendo la información en este formulario.**

**Certifico que la persona que escogí para que sea mi Representante Autorizado(a) es una persona adulta lo suficientemente enterada de las circunstancias financieras de mi familia y demás en mi hogar, para poder dar información al Departamento de Seguridad Económica.**

**Entiendo que si mi Representante Autorizado(a) de NA actualmente cumple una infracción intencional del programa (IPV) de NA:**

**Elegiré a otra persona para que sirva de mi Representante Autorizado(a) para NA.**

**Esta es la única persona disponible para servir de mi Representante Autorizado(a) para NA.**

**Entiendo que puedo ser multado, procesado o encarcelado por cualquier fraude al programa cometido por mi representante.**

**Entiendo que la persona que he designado como mi Representante Autorizado(a) seguirá actuando de parte mía hasta que yo revoque por escrito el permiso para que mi Representante Autorizado(a) me represente.**

**Entiendo que soy responsable por cualquier información incorrecta que dé mi Representante.**

**Representante Autorizado(a):**

**Certifico que he leído y entiendo la información en este formulario.**

**Estoy de acuerdo en aceptar los deberes en este formulario.**

**Entiendo que debo presentar comprobante de identidad para actuar como Representante Autorizado(a).**

**Entiendo que si actualmente estoy descalificado de NA por una violación intencional del programa (IPV), no puedo actuar como Representante Autorizado(a) de NA a menos que no haya nadie más adecuado para representar a esta persona.**

**Por favor, proporcione su fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ y marque una de las casillas siguientes:**

**Actualmente estoy cumpliendo una descalificación por una IPV de NA.**

**Actualmente no estoy cumpliendo una descalificación por una IPV de NA.**

**Entiendo que el Departamento de Seguridad Económica (DES) tiene la autoridad para discontinuar mi capacidad de actuar como Representante Autorizado(a), si se determina que no estoy actuando en el mejor interés del hogar al cual represento.**

**Entiendo que se me puede considerar personalmente responsable si se determina que yo, como Representante Autorizado(a), soy responsable de causar un pago en exceso al hogar que represento.**

**Entiendo que es requerido actualizar mi información con el Departamento de Seguridad Económica (DES) cada vez que el hogar al cual ayudo solicite renovar sus beneficios NA.**

**Si se determina que soy elegible, esta autorización de NA permanece vigente hasta que yo o mi representante le indiquemos que la suspendan. Esta autorización se vence cuando mi solicitud de asistencia se retracte o se deniegue, o hasta que finalice mi elegibilidad. Sin embargo, esta autorización continúa en cualquier momento mientras impugne mi elegibilidad en una audiencia administrativa o procedimiento judicial.**

**Firma de Solicitante:** \_\_\_\_\_

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

**Firma de Representante Autorizado(a):** \_\_\_\_\_

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



## **El USDA es un proveedor y empleador con igualdad de oportunidades**

**• 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.**