

**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:

**Vea las páginas 19-25
para leer la declaración
de USDA/EOE/ADA**

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

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, nombre, inicial del 2do.*):

Núm. de 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)*:**

Cuando se nombra a

un(a) tutor(a) legal para la única persona solicitante de edad adulta en el hogar, no se requiere la firma de tal solicitante para nombrar a su tutor(a) legal de representante autorizado/a. La única firma que hará falta será la del/ de la representante autorizado/a.

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 soy responsable por cualquier información incorrecta que dé mi Representante.

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.

**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 descontinuar 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: _____

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:
[FNSCIVILRIGHT](mailto:FNSCIVILRIGHTSCOMPLAINTS@usda.gov)
[SCOMPLAINTS](mailto:FNSCIVILRIGHTSCOMPLAINTS@usda.gov)
[@usda.gov](mailto:FNSCIVILRIGHTSCOMPLAINTS@usda.gov)

**Esta entidad es
un proveedor que
brinda igualdad de
oportunidades.**

**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.**