

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

**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:

Vea las páginas 18-21 para leer la declaración de EOE/ADA

- **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) representate autorizado/a es un(a) amigo/a, pariente u otra persona que conoce sus circunstancias y le importa su bienestar. Esta persona puede ayudarle en el trámite de solicitud. Si usted quiere que alguien sea su Representante Autorizado/a, debe completar la *Solicitud de Representante Autorizado(a) para Asistencia Nutricional (NA)* (FAA-1826A) al final de la solicitud.

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

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

Nota: Puede entregar esta solicitud con tan solo su nombre, dirección y firma o con la firma de su Representante Autorizado/a. 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: _____

Datos del Cliente

Díganos sobre usted:

Nombre (*Apellido, Primero, Segundo*):

Fecha de nacimiento: _____

Número de Seguro Social:

Dirección de domicilio:

Ciudad: _____

Estado: _____ **Código Postal:** _____

Dirección postal (*si es distinta*):

Ciudad: _____

Estado: _____ **Código Postal:** _____

Número de teléfono o de mensajes:

¿En qué idioma prefiere que le hablemos? _____

¿En qué idioma lee?

¿Tiene esta persona algún impedimento de la vista que requiere un formato alternativo para su correspondencia? Sí No

Las cartas con letra más grande que se le enviarán por Correo Federal se proporcionarán con letra de 24 puntos.

Cartas con letra más grande legibles en PDF enviadas por correo electrónico asegurado.

Su dirección de correo electrónico:

Otra: Formato alternativo no indicado. _____

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

**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. _____

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

Raza	Etnicidad	¿Ciudadano/a de los EE. UU.?	Parentesco con usted
		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 \$3,750 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

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 \$: _____

FIRME LA SOLICITUD: *(La solicitud no resultará válida sin firma)*

Juro bajo pena de perjurio que las declaraciones y documentos que he proporcionado sobre mí mismo/a y otras personas en mi hogar, tocante a mi elegibilidad para beneficios, incluso toda información tocante a calidad de ciudadanía o extranjería, es fiel y correcta a mi leal entender, y que no he retenido información alguna. Juro bajo pena de perjurio que toda información fotocopiada que he proporcionado es fiel a los documentos originales. También

juro bajo pena de perjurio que las declaraciones sobre condenas delictivas y cumplimiento de regímenes de libertad condicional y postcarcelaria son fieles y correctas. Me dispongo a colaborar con personal estatal de Arizona o federal si se debe cumplir con una revisión de Control de Calidad de mi elegibilidad para beneficios.

Con mi firma a continuación, apodero a la persona indicada anteriormente para que actúe como representante de mi parte.

Firma de solicitante: _____

Fecha: _____

Firma de testigo (*si firmara con marca*):

Fecha: _____

AVISO DE NO DISCRIMINACIÓN

El Departamento de Seguridad Económica (DES por sus siglas en inglés) cumple con las leyes federales pertinentes de derechos civiles y no discrimina en virtud de raza, color de la piel, origen nacional, edad, discapacidad o sexo. El DES no excluye a las personas ni las trata de manera distinta en virtud de su raza, color de la piel, origen nacional, edad, discapacidad o sexo. El DES proporciona ayudas y servicios gratuitos a las personas con discapacidades para comunicar efectivamente con nosotros, tales como intérpretes calificados de lenguaje de señas e información por escrito en otros formatos (letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles y otros formatos). El DES proporciona servicios gratuitos de lenguaje para las personas cuya lengua materna no es el inglés,

tales como intérpretes cualificados e información por escrito en otros idiomas. Si necesitara estos servicios, comuníquese con el Centro de Apoyo a Clientes de Health-e-Arizona Plus al 1-855-432-7587 (TTY: 711).

Además, de acuerdo con la Ley General de Estampillas para Alimentos y la política del Departamento Agricultura de los EE U.U. (USDA por sus siglas en inglés), se le prohíbe al DES discriminar en virtud de la religión o creencias políticas.

Si le pareciera que el DES no le hubiera proporcionado estos servicios, o que la agencia hubiera discriminado de alguna otra manera en virtud de raza, color de la piel, origen nacional, edad, discapacidad o sexo, podrá presentar una queja en persona o mediante correo postal, fax o correo electrónico. Su queja deberá ser por escrito y deberá presentarse en plazo de 180 días a partir de

la fecha en la que la persona que presente la queja se percatara de lo que le pareciera ser discrimen.

Presente su queja o querrela de discrimen a: Arizona Department of Economic Security, Director's Office, 010A, P. O. Box 6123 Phoenix, Arizona 85005-6123.

Departamento de Sanidad y Servicios Humanos (DHHS por sus siglas en inglés): Escriba a DHHS, Director, Office for Civil Rights, Room 506-F, 200 Independence Avenue, S.W., Washington, D. C. 20201 o llame al 202-619-0403 (voz) o al 202-619-3257 (TDD).

Departamento Agricultura de los EE U.U. (USDA por sus siglas en inglés): Pudiera llenar la forma de Queja por Discriminación del Programa del USDA, que conseguiría en línea mediante <https://www.usda.gov/oascr/program-discrimination-complaint-filing>, o en cualquier oficina

de USDA, o llamar al (866) 632-9992 para pedir la forma. También pudiera escribir una carta que contenga toda la información que la forma requiere. Envíe la forma o la carta por correo a: U.S. Department of Agriculture, Director, Center for Civil Rights Enforcement, 1400 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20250-9410, o por fax al (202) 690-7442 o por correo electrónico a program.intake@usda.gov. También pudiera llamar al 202-720-5964 (de voz y TDD).

**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.

**ARIZONA DEPARTMENT OF
ECONOMIC SECURITY
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 esta agencia. Si no se ha registrado para votar en donde vive ahora, ¿le gustaría solicitar inscribirse para votar aquí y ahora? Sí No

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

Vea la página 5 para leer la declaración de EOE/ADA

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. Podrá llenar el formulario en privado. Podrá llevarse el formulario con usted y enviarlo por correo usted mismo/a a la oficina del Registrador del Condado (County Recorder en inglés) o podrá llenar el formulario aquí mismo y entregarlo en la recepción.

Ya sea que elija registrarse para votar o no, su elección 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 Departamento de Seguridad Económica se enviarán a la oficina del Registrador del Condado.

NOTE: Asistencia lingüística gratuita para los servicios de DES está disponible a petición.

Firma del cliente: _____

Fecha: _____

(o iniciales del personal cuando tal 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 registrarse para votar aquí hoy?" 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)

Programa y Empleador con Igualdad de Oportunidades • Servicios y ayudantes auxiliares para personas con discapacidades están disponibles a petición • Servicios de TTY/TDD: 7-1-1 • Available in English online or at the local office