

**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)**

**Vea las páginas 33-40
para leer la declaración
de EOE/ADA**

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 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

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.

- 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(Apellido, Primero, Segundo)	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 \$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

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 \$: _____**

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

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:

**[FNSCIVILRIGHTSCOMPL
AINTS@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. •
English on the reverse**

**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 18-24
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)*:**

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 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: _____

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
SCOMPLAINTS
@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.**

**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
el Departamento de**

**Vea la página 11 para
leer la declaración
de EOE/ADA**

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:

***(o las iniciales del
personal en caso de
que el cliente no quiera
firmar el formulario)***

Fecha: _____

**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 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)

**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**