

VERIFICACIÓN DE OTROS INGRESOS

Núm. de caso/ID de solicitud: _____ Fecha: _____

A. AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN

Por la presente autorizo la divulgación de cualquier y toda la información solicitada a continuación sobre mí y los miembros de mi hogar al Departamento de Seguridad Económica de Arizona.

Miembro del hogar (*Apellido, Nombre, S.I.*): _____

Firma del miembro del hogar (*Apellido, Nombre, S.I.*): _____

Autorización firmada adjunta. Una fotocopia o fax de la firma de un cliente se tratará como una firma original.

Las definiciones necesarias para llenar este formulario están en la página 2. Si necesita más espacio, adjunte otra hoja.

B. DONACIONES EN EFECTIVO, PRÉSTAMOS O CONTRIBUCIONES EN EFECTIVO

Llene esta sección si le proporciona al miembro del hogar donaciones en efectivo, préstamos o contribuciones en efectivo.

¿A QUIÉN LE DA DINERO?	TIPO <i>(Vea la lista en la página 2)</i>	¿CON QUÉ FRECUENCIA?	¿CONTINUARÁ A DAR ESTE DINERO?	¿PARA QUÉ ES EL EFECTIVO? <i>(Vea la lista en la página 2)</i>

Enumere las fechas y las cantidades de ingresos que le proporcionó al miembro del hogar para el siguiente periodo de tiempo: _____ a _____

FECHA	CANTIDADES	FECHA	CANTIDADES

C. PAGOS A PROVEEDORES

Llene esta sección si le está pagando directamente a un proveedor externo por cualquiera de la facturas de los miembros del hogar (*Servicios públicos, gastos de alojamiento, factura telefónica, etc.*)

TIPO DE GASTO	NOMBRE DE LA COMPAÑÍA	NOMBRE DEL TITULAR DE LA FACTURA	CANTIDAD	¿CON QUÉ FRECUENCIA?	¿CUÁNTO TIEMPO HA ESTADO PAGANDO ESTA FACTURA?	¿CONTINUARÁ PAGANDO EL GASTO?

D. INGRESOS EN ESPECIE

Llene esta sección si el miembro del hogar trabaja a cambio de comida, renta/vivienda u otras necesidades y no recibe una compensación monetaria por el trabajo realizado.

¿QUIÉN HACE EL TRABAJO?	NÚM. DE HORAS DE TRABAJO POR SEMANA	¿QUÉ GASTO(S) CUBRE EL TRABAJO COMPLETADO?	¿CUÁL ES VALOR EN DÓLARES DEL TRABAJO REALIZADO POR CADA ARTÍCULO O SERVICIO?	¿POR CUÁNTO TIEMPO HA SUCEDIDO ESTE ACUERDO?	¿CONTINUARÁ ESTE ARREGLO?

FIRMA DE LA PERSONA QUE LLENA ESTE FORMULARIO

Esta sección tiene que llenarse por la persona que proporciona los ingresos.

Nombre en letra de molde: _____ Núm. de teléfono: _____

Parentesco al miembro del hogar: _____

Firma: _____ Fecha: _____

TIPOS DE INGRESO

- I. Donaciones en efectivo: Dinero que se le da al participante que no se espera sea reembolsado.
- II. Préstamos: Dinero prestado por particulares y/o instituciones comerciales.
- III. Contribuciones en efectivo: El dinero recibido de una organización, agencia, pariente o persona que no participa destinado para cubrir el costo de artículos como alimentos, renta/vivienda/hipoteca, servicios públicos, artículos para el hogar, ropa, transporte y artículos de cuidado personal.
- IV. Ingresos en especie: El valor del trabajo realizado por el participante a cambio de comidas, ropa, vivienda/albergue y productos de una huerta. No se efectúa ningún pago monetario en nombre de la unidad presupuestaria.
- V. Pago a proveedores: Dinero que no se paga directamente al participante pero se le paga a una parte tercera para los gastos de la unidad presupuestaria.

TIPO DE ARTÍCULOS QUE EL INGRESO SE DESTINA A CUBRIR

- I. Vivienda: Renta, hipoteca, seguro, alquiler de espacio
- II. Servicios públicos: Electricidad, gas o propano, agua, basura, alcantarillado, otros servicios públicos
- III. Alimentos
- IV. Ropa
- V. Productos personales
- VI. Otro (Por favor, especifique)

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.

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.