

**SOLICITUD DE INFORMACIÓN Y ACUERDO PARA PROPORCIONAR INFORMACIÓN QUE FALTA**

Case Name: \_\_\_\_\_ Applicant's Name (Last, First, M.I.): \_\_\_\_\_ AZTECS Case No.: \_\_\_\_\_

Local Office Address (No., Street, City, State, ZIP Code): \_\_\_\_\_ Check all that apply:  
 NA/CA/RCA/TC MA

**DEVUELVA ESTE FORMULARIO CON LAS VERIFICACIONES MARCADAS (✓) ABAJO**

Devolver a: \_\_\_\_\_ Buzón: \_\_\_\_\_ Unidad: \_\_\_\_\_ Código de área y teléfono: \_\_\_\_\_

EI'S Signature: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

**DECLARACIÓN DE ENTENDIMIENTO:** Me han explicado la necesidad de proporcionar la prueba(s) indicada abajo. Entiendo mi responsabilidad de proporcionar esta prueba(s). También entiendo que si no puedo proporcionar la prueba(s), pediré ayuda a mi EI (Entrevistador de Elegibilidad). Proporcionaré la prueba(s) para la fecha siguiente: \_\_\_\_\_.

Si no proporciono la prueba(s) necesaria, puede que el beneficio(s) indicado arriba sea cambiado, denegado o terminado.

Firma del solicitante: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

VERIFICACIONES	NECESARIA PARA			NECESARIA PARA PERSONA(S) MES(ES)
	NA	CA	MA	
Verificación de embarazo. Fecha estimada de nacimiento: <b>(Para una prueba de embarazo gratis, llame al 1-800-833-4642)</b>				
Identidad				
Dirección residencial / Estado de residencia temporal				
Certificado de nacimiento / Bautizo / Tarjeta de Censo Tribal / Datos biográficos / Prueba de edad				
Prueba de ciudadanía, estado de inmigración o 40 trimestres				
Número de Seguro Social / Solicitud de Número de Seguro Social				
Decreto de Divorcio / Órdenes de Sustento para Menores / Certificado de Matrimonio				
Prueba de asistencia escolar / Fecha de terminación del programa				
Declaración firmada del arrendador o persona sin parentesco con usted, verificando quiénes viven en el hogar. Arrendador o persona sin parentesco no debe vivir en el mismo hogar. <b>(Tiene que incluir dirección y teléfono del signatario)</b>				
Declaración de compra / preparación de comida por separado				
Declaración médica de incapacidad, incluso duración de la incapacidad o el episodio de emergencia				
Prueba de todos los gastos médicos Durante el periodo desde: _____ hasta: _____				
Cooperar con: DCSS Orientación preliminar para el programa de Jobs (JPPO) Oficina de Empleo JOBS Native Employment Works (NEW)				

VERIFICACIONES	NECESARIA PARA			NECESARIA PARA PERSONA(S) MES(ES)
	NA	CA	MA	
Estados actuales de todas las cuentas de banco / uniones de crédito y transacciones IDA				
Propiedad inmueble ( <i>solares, edificios, casa, terreno, etc.</i> )				
Otra propiedad personal ( <i>bonos, joyas, seguro de vida, ganado, etc.</i> )				
Ingresos estudiantiles ( <i>subvenciones, becas, préstamos, estudio y trabajo, etc.</i> )				
Gastos estudiantiles ( <i>matrícula, libros, transporte, etc.</i> )				
Ingreso bruto ganado ( <i>talones de cheques o declaración firmada del empleador</i> ) para cada periodo de pago. Listado por fin del periodo de pago la fecha de pago, y ingreso bruto para cada fecha de pago. Desde:                    hasta:				
Ingreso de negocio propio:    Nuevo    Continuo Durante el periodo desde:                    hasta:				
Gastos de negocio propio Durante el periodo desde:                    hasta:				
Otro ingreso:    SSI    SSA    VA    UI    Sustento para menores En especio    Juego/lotería Durante el periodo desde:                    hasta:				
Prueba de que el ingreso ha terminado, y la fecha Último día pagado:                    Último día que trabajó:				
Hipoteca    Alquiler    Espacio alquilado    Impuestos de propiedad Seguro como dueño de casa				
Servicios públicos:    Electricidad    Agua    Gas    Teléfono Otro ( <i>especifique</i> ):				
Declaración de cómo se han pagado los gastos, las cantidades y quién los paga				
Gastos por cuidado de dependientes. Facturados por: Durante el periodo desde:                    hasta:				
Solicitud para otros beneficios ( <i>especifique SSI, UI, VA, RR, etc.</i> ) Tipo de beneficio:				
Ingresos y gastos por sobrepagos. Durante el periodo desde:                    hasta:				
Otro ( <i>especifique</i> ):				

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.