

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

**FORMULARIO PARA VERIFICAR LA
DECLARACIÓN DEL PARTICIPANTE**

**La declaración que proporcione
a continuación se usará solo
cuando haya hecho todo lo posible
para proporcionar documentos o
información de contacto colateral
y no pueda proporcionarnos la
verificación.**

Nombre del caso:

Fecha:

Número de caso AZTECS:

ID de solicitud:

**Vea las páginas 23-25 para la
declaración de USDA/EOE/ADA**

DECLARACIÓN DE VERDACIDAD (Firme aquí)

Nombre del participante:

Fecha de nacimiento:

Bajo pena de perjurio y reconocido por medio de mi firma a continuación, juro o afirmo que las declaraciones hechas en relación con todos los elementos que corresponden a mi posible elegibilidad para recibir beneficios son verdaderos y correctos según mi leal saber y entender. Una fotocopia o facsímile (fax) de mi firma se considerará como si fuera la firma original.

Firma del participante:

ACERCA DE MI TRABAJO

Comencé a trabajar en: _____

Recibiré mi primer cheque en:

Nombre del empleador:

Dirección del empleador (*Núm., Calle, Ciudad, Estado, CP*):

Teléfono del empleador:

Puesto de trabajo: _____

Nombre del supervisor:

Durante los últimos 30 días trabajé:

Fecha de 1^{er} semana: _____

por _____ horas

Fecha de 2^a semana: _____

por _____ horas

Fecha de 3^{er} semana: _____

por _____ **horas**

Fecha de 4^a semana: _____

por _____ **horas**

Fecha de 5^a semana: _____

por _____ **horas**

ACERCA DE MI SUELDO

Gano \$ _____

por hora día semana.

Gano \$ _____ **en propinas**

cada día semana.

Número de horas trabajadas por día
(Si varían las horas, indique el

posible rango) De _____ a _____

Me pagan:

Semanal Cada dos semanas

Dos veces al mes Mensual

Otro _____

Me pagan el (*marque una*):

Dom Lun Mar Mié
Jue Vie Sáb

Me pagan en (*marque una*):

Efectivo Cheque A cambio de

Recibo:

Bonos Anticipos de sueldo
Incentivos (*Explique*)

Cantidad \$ _____

Con qué frecuencia:

Si varía, dé un rango de cantidad de

\$ _____ a _____

Trabajo horas extras: Sí No

Trabajo _____ horas extras por

semana. Me pagan \$ _____ por
hora por mis horas extras.

Mi empleador ofrece un plan de seguro médico. Sí No

Estoy inscrito en el plan de seguro médico de mi empleador. Sí No

Si contesto "Sí", llene la información de seguro médico en la página 8.

ACERCA DEL FIN DE MI TRABAJO

Nombre del empleador:

Teléfono del empleador:

Dirección del empleador (*Núm., Calle, Ciudad, Estado, CP*):

Departamento: _____

Fecha de contratación: _____

Mi último día de trabajo fue (*fecha*):

**Recibí o recibiré mi cheque final en
(fecha):** _____

**La cantidad bruta (*antes de deducciones*) de mi cheque final fue
\$** _____

**Pago de vacaciones, por enfermedad
o extra incluido en mi cheque final:
\$** _____

La razón por la que no trabajo es:

Renuncié Me despidieron

Hubo recorte de personal Otra

**TENGA EN CUENTA: Si marco
"Renuncié" u "Otra" explique por
qué:**

**Yo tenía seguro médico - llene la
próxima sección. Sí No**

SEGURO MÉDICO

Nombre de la compañía de seguros:

Dirección:

Núm. de póliza: _____

Fecha de la póliza:

De _____ **a** _____

Enumere a otros asegurados bajo este plan y su parentesco a usted:

ACERCA DE MI SUSTENTO PARA MENORES O MANUTENCIÓN CONYUGAL

Recibo Sustento para menores

(marque una):

Semanal Cada dos semanas

Dos veces al mes Mensual

Nunca Otro: _____

Recibo Manutención conyugal

(marque una):

Semanal Cada dos semanas

Dos veces al mes Mensual

Nunca Otro: _____

**Cuando recibo pagos de manutención,
recibo \$ _____ en sustento
para menores; recibo \$ _____
en manutención conyugal.**

Recibo sustento para menores para:

| NOMBRE DEL MENOR | CANTIDAD | DEL PADRE AUSENTE |
|-------------------------|-----------------|--------------------------|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

Los pagos de sustento para menores que recibí en los últimos 3 meses fueron:

| | | |
|-------------|--------------|-----------------|
| MES: | FECHA | CANTIDAD |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| MES: | FECHA | CANTIDAD |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| MES: | FECHA | CANTIDAD |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

OTROS INGRESOS

Recibo ingresos de otra fuente no mencionada anteriormente:

| FUENTE DE INGRESOS | CANTIDAD RECIBIDA | FRECUENCIA DEL INGRESO |
|---|--------------------------|-------------------------------|
| Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI) | | |
| Seguro por Desempleo (UI) | | |
| Beneficios para veteranos | | |
| Incapacidad o jubilación | | |

| FUENTE DE INGRESOS | CANTIDAD RECIBIDA | FRECUENCIA DEL INGRESO |
|-------------------------------|--------------------------|-------------------------------|
| Donaciones o préstamos | | |
| Otra: | | |

CAMBIOS EN EL HOGAR

CAMBIOS EN MIEMBROS DEL HOGAR – Adjunte prueba de los ingresos y recursos de los nuevos miembros incluso los menores y recién nacidos. Infórmenos cuando alguien se muda a o fuera de su hogar, cuando un miembro del hogar se encuentra en el hospital, cuando usted o un miembro de su hogar tiene un bebé, la muerte de un miembro de su hogar, cambio en el estado civil de usted o un miembro del hogar, o si un padre ya no está discapacitado.

NOMBRE COMPLETO (*Apellido, Nombre, S.I.*)

PARENTESCO A USTED

FECHA DE NACIMIENTO/DEFUNCIÓN

NÚM. SEG. SOC. (*Opcional si no solicita*) _____

Añada a su CA, NA o MA
CA NA MA

LA PERSONA ES

Embarazada Discapacitada
Ciudadana de EE.UU. Estudiante
Recibe dinero

FECHA DE ENTRADA/SALIDA

A: _____ **De:** _____

NOMBRE COMPLETO (*Apellido, Nombre, S.I.*)

PARENTESCO A USTED

FECHA DE NACIMIENTO/DEFUNCIÓN

NÚM. SEG. SOC. (*Opcional si no solicita*) _____

Añada a su CA, NA o MA
CA NA MA

LA PERSONA ES

Embarazada Discapacitada
Ciudadana de EE.UU. Estudiante
Recibe dinero

FECHA DE ENTRADA/SALIDA

A: _____ **De:** _____

NOMBRE COMPLETO (*Apellido, Nombre, S.I.*)

PARENTESCO A USTED

FECHA DE NACIMIENTO/DEFUNCIÓN

NÚM. SEG. SOC. (*Opcional si no solicita*) _____

Añada a su CA, NA o MA
CA NA MA

LA PERSONA ES

Embarazada Discapacitada
Ciudadana de EE.UU. Estudiante
Recibe dinero

FECHA DE ENTRADA/SALIDA

A: _____ **De:** _____

NOMBRE COMPLETO (*Apellido, Nombre, S.I.*)

PARENTESCO A USTED

FECHA DE NACIMIENTO/DEFUNCIÓN

NÚM. SEG. SOC. (*Opcional si no solicita*) _____

Añada a su CA, NA o MA
CA NA MA

LA PERSONA ES

Embarazada Discapacitada
Ciudadana de EE.UU. Estudiante
Recibe dinero

FECHA DE ENTRADA/SALIDA

A: _____ **De:** _____

GASTOS DEL HOGAR

Pago la siguiente cantidad de renta, hipoteca, espacio de arrendamiento, etc.:

Cantidad \$ _____

Con qué frecuencia:

Pago por servicios públicos:

Sí No

¿Cómo calienta (calefacción central, estufa, chimenea) o refrigera (acondicionador de aire, refrigerador evaporativo) su domicilio?

Indique los servicios públicos que paga y la cantidad mensual.

| TIPO DE GASTO | NOMBRE DE LA COMPAÑÍA | ÚLTIMA CANTIDAD FACTURADA |
|----------------------|------------------------------|----------------------------------|
| Electricidad | | |
| Gas y propano | | |
| Agua | | |
| Teléfono | | |
| Carbón o Leña | | |

| TIPO DE GASTO | NOMBRE DE LA COMPAÑÍA | ÚLTIMA CANTIDAD FACTURADA |
|------------------------------------|----------------------------------|--|
| Basura y alcantarillado | | |
| Petróleo | | |

DECLARACIÓN ADICIONAL

AGENCY USE ONLY
(Solo para el uso de la agencia)

FAA-0077A Due Date: _____

A011/F011 Due Date: _____

Result of Collateral Contact:

Date of Collateral Contact:

Worker's Signature:

Date: _____

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](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.