

**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**

**Vea las páginas 37-42  
para la declaración  
de USDA/EOE/ADA**

**documentos o información de contacto colateral y no pueda proporcionarnos la verificación.**

**Nombre del caso:**

---

**Fecha:** \_\_\_\_\_

**Número de caso AZTECS:**

---

**ID de solicitud:**

---

**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<sup>er</sup> semana:**

\_\_\_\_\_ **por** \_\_\_\_\_

**horas**

**Fecha de 2<sup>a</sup> semana:**

\_\_\_\_\_ **por** \_\_\_\_\_

**horas**

**Fecha de 3<sup>er</sup> semana:**

\_\_\_\_\_ **por** \_\_\_\_\_

**horas**

**Fecha de 4<sup>a</sup> semana:**

\_\_\_\_\_ **por** \_\_\_\_\_

**horas**

**Fecha de 5<sup>a</sup> 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  
varian 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*):**

<b>Dom</b>	<b>Lun</b>
<b>Mar</b>	<b>Mié</b>
<b>Vie</b>	<b>Sáb</b>

**Me pagan en (*marque una*):**

<b>Efectivo</b>	
<b>Cheque</b>	<b>A cambio de</b>

---



**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 las páginas  
14-15.***

# 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:

<b>NOMBRE DEL MENOR</b>	<b>CANTIDAD</b>	<b>DEL PADRE AUSENTE</b>

<b>NOMBRE DEL MENOR</b>	<b>CANTIDAD</b>	<b>DEL PADRE AUSENTE</b>

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

<b>MES:</b>	<b>FECHA</b>	<b>CANTIDAD</b>
<b>MES:</b>	<b>FECHA</b>	<b>CANTIDAD</b>

<b>MES:</b>	<b>FECHA</b>	<b>CANTIDAD</b>

**OTROS INGRESOS**

**Recibo ingresos de otra fuente no mencionada anteriormente:**

<b>FUENTE DE INGRESOS</b>	<b>CANTIDAD RECIBIDA</b>	<b>FRECUENCIA DEL INGRESO</b>
<b>Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI)</b>		
<b>Seguro por Desempleo (UI)</b>		
<b>Beneficios para veteranos</b>		

<b>FUENTE DE INGRESOS</b>	<b>CANTIDAD RECIBIDA</b>	<b>FRECUENCIA DEL INGRESO</b>
<b>Incapacidad o jubilación</b>		
<b>Donaciones o préstamos</b>		
<b>Otra:</b>		

# **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.**



<b>TIPO DE GASTO</b>	<b>NOMBRE DE LA COMPAÑÍA</b>	<b>ÚLTIMA CANTIDAD FACTURADA</b>
<b>Electricidad</b>		
<b>Gas y propano</b>		
<b>Agua</b>		
<b>Teléfono</b>		

<b>TIPO DE GASTO</b>	<b>NOMBRE DE LA COMPAÑÍA</b>	<b>ÚLTIMA CANTIDAD FACTURADA</b>
<b>Carbón o Leña</b>		
<b>Basura y alcantarillado</b>		
<b>Petróleo</b>		

# 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: [FNSCIVILRIGHTS COMPLAINTS @usda.gov](mailto:FNSCIVILRIGHTS.COMPLAINTS@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.**