

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

**DECLARACIÓN DE SUELDO DE
EMPLEO POR CUENTA PROPIA**

Nombre (*Apellido, Nombre, S.I.*):

Fecha de inicio del negocio: _____

Número de caso: _____

ID de solicitud: _____

¿Qué tipo de negocio es este?

¿Declara impuestos? Sí No

Nombre del negocio:

Dirección del negocio:

**Vea las páginas 14-16 para leer la
declaración de USDA/EOE/ADA**

Cuando se necesita espacio adicional, adjunte una hoja por separado.

MES/AÑO:		
Fecha:	Sueldo:	Horas:
Fecha:	Tipo de gasto:	Cantidad de gasto:

MES/AÑO:		
Fecha:	Sueldo:	Horas:
Fecha:	Tipo de gasto:	Cantidad de gasto:

MES/AÑO:		
Fecha:	Sueldo:	Horas:
Fecha:	Tipo de gasto:	Cantidad de gasto:

MES/AÑO:		
Fecha:	Sueldo:	Horas:
Fecha:	Tipo de gasto:	Cantidad de gasto:

MES/AÑO:		
Fecha:	Sueldo:	Horas:
Fecha:	Tipo de gasto:	Cantidad de gasto:

MES/AÑO:		
Fecha:	Sueldo:	Horas:
Fecha:	Tipo de gasto:	Cantidad de gasto:

MES/AÑO:		
Fecha:	Sueldo:	Horas:
Fecha:	Tipo de gasto:	Cantidad de gasto:

MES/AÑO:		
Fecha:	Sueldo:	Horas:
Fecha:	Tipo de gasto:	Cantidad de gasto:

MES/AÑO:		
Fecha:	Sueldo:	Horas:
Fecha:	Tipo de gasto:	Cantidad de gasto:

MES/AÑO:		
Fecha:	Sueldo:	Horas:
Fecha:	Tipo de gasto:	Cantidad de gasto:

MES/AÑO:		
Fecha:	Sueldo:	Horas:
Fecha:	Tipo de gasto:	Cantidad de gasto:

MES/AÑO:		
Fecha:	Sueldo:	Horas:
Fecha:	Tipo de gasto:	Cantidad de gasto:

Nombre en letra de molde:

Firma: _____

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:

**[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.