

**Arizona Department  
of Economic Security  
Administración de Asistencia  
para Familias  
Solicitud de Representante  
Autorizado(a)**

**Asistencia en Efectivo (CA)**

**Asistencia Nutricional (NA)**

**Asistencia Médica (MA)**

**Control de Tuberculosis (TC)**

**Nombre del caso:** \_\_\_\_\_

**Número de caso:** \_\_\_\_\_

**ID de Solicitud a HEAplus:**

\_\_\_\_\_

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

**Un Representante Autorizado(a) es un amigo, pariente o otra que conoce sus circunstancias y puede ayudarlo en el proceso de solicitud. Un Representante Autorizado(a) es alguien que usted elige; la FAA no**

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

**Nombre del caso:** \_\_\_\_\_

**Número de caso:** \_\_\_\_\_

**elige por usted. La persona que usted elija debe estar dispuesta a ayudarlo. Una agencia no puede actuar como representante autorizado(a), pero un individuo de agencia sí puede. Este individuo podrá ayudarlo de las siguientes maneras:**

- **Llenar y firmar su solicitud, formas y otro papeleo del Departamento de parte de usted.**
- **Cumplir con entrevistas de elegibilidad en persona o por teléfono de parte de usted.**
- **Proporcionar sus comprobantes de ingresos, recursos y demás información de su caso a DES y/o AHCCCS.**
- **Reportar y verificar cambios en las circunstancias de su caso (dirección, ingresos, recursos,**

**Nombre del caso:** \_\_\_\_\_

**Número de caso:** \_\_\_\_\_

**gastos y demás).**

- **Recibir sus avisos y demás correspondencia del Departamento de parte de usted.**

## **Información de Representante Autorizado(a)**

**Nombre (*apellido, primer, inicial del segundo*):** \_\_\_\_\_

**(Solo MA) ¿Actúa el representante en nombre de una organización?**

**Sí      No**

**Nombre de la organización:**

---

**Teléfono (*con código de área*):**

---

**Casa      Celular      Mensajes**  
**Trabajo**

**Nombre del caso:** \_\_\_\_\_

**Número de caso:** \_\_\_\_\_

**Dirección Postal (*número, calle*):**  
\_\_\_\_\_

**Ciudad:** \_\_\_\_\_

**Estado:** \_\_\_\_\_ **Código Postal:** \_\_\_\_\_

**El idioma preferido por mi Representante Autorizado(a) es:**

**Hablado:**      **Inglés**              **Español**

**Otro:** \_\_\_\_\_

**Escrito:**      **Inglés**              **Español**

**Otro:** \_\_\_\_\_

**Conozco a esta persona como mi (*su relación con esta persona*):**  
\_\_\_\_\_

**Nombre del caso:** \_\_\_\_\_

**Número de caso:** \_\_\_\_\_

**Debe Llenar esta Sección Cuando  
Designa a un(a) Representante  
Autorizado(a) para la  
Asistencia Nutricional (NA)**

**Por favor, lea con cuidado. Con su firma a continuación nos indica que leyó, entiende y acepta estas afirmaciones:**

---

**Solicitante:**

**Entiendo que si mi Representante Autorizado(a) de NA está actualmente descalificado de NA por una violación intencional del programa (IPV), no puede actuar como representante autorizado(a) de NA. (cuando esto suceda, marque una de las siguientes:**

**Seleccionaré a otra persona para**

**Nombre del caso:** \_\_\_\_\_

**Número de caso:** \_\_\_\_\_

**que actúe como mi Representante Autorizado(a) de NA.**

**Esta es la única persona que está disponible para ser mi Representante Autorizado(a) de NA.**

**Firma de Solicitante:**

---

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

---

**Representante Autorizado(a):**

**Entiendo que si actualmente estoy descalificado de NA por una violación intencional del programa (IPV), no puedo actuar como representante autorizado(a) de NA a menos que no haya nadie más adecuado para representar a esta persona.**

**Nombre del caso:** \_\_\_\_\_

**Número de caso:** \_\_\_\_\_

**Proporcione su fecha de nacimiento  
\_\_\_\_\_ y marque una de las  
siguientes casillas: (*esta es la fecha  
de nacimiento del representante  
autorizado(a) de NA*)**

**Actualmente estoy cumpliendo  
una descalificación por un IPV de  
Asistencia Nutricional.**

**Actualmente no estoy cumpliendo  
una descalificación por un IPV de  
Asistencia Nutricional.**

**Firma de Representante:**

---

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

**Cuando se nombra a un(a) tutor(a)  
legal para la única persona  
solicitante de edad adulta en el  
hogar, no se requiere la firma de tal**

**Nombre del caso:** \_\_\_\_\_

**Número de caso:** \_\_\_\_\_

**solicitante para nombrar a su tutor(a) legal de representante autorizado/a. La única firma que hará falta será la del/de la representante autorizado/a.**

## **Autorización de Representante Autorizado(a)**

**Por favor, lea con cuidado. Con su firma a continuación nos indica que leyó, entiende y acepta estas afirmaciones:**

---

**Solicitante:**

**Al firmar a continuación, yo (el cliente) doy permiso a la persona indicada anteriormente actúe en mi nombre como mi representante. Esa persona tiene permitido ayudarme en el proceso de calificar par recibir ayuda con los costos de médico y**



**Nombre del caso:** \_\_\_\_\_

**Número de caso:** \_\_\_\_\_

**Medicare, Asistencia Nutricional, Asistencia en Efectivo, y/o Control de Tuberculosis. Doy permiso y acepto que mi representante puede hacer todo lo siguiente en mi nombre:**

- **Llenar y firmar mi solicitud.**
- **Proporcionar cualquier documentación solicitada, incluso información personal.**
- **Firmar en mi nombre para permitir que otras personas negocios, o agencia divulgar información personal sobre mi al DES y/o AHCCCS, incluso información de salud protegida que se necesite para determinar si estoy discapacitado.**

**También estoy de acuerdo en divulgar información sobre mis circunstancias personales a mi representante y**

**Nombre del caso:** \_\_\_\_\_

**Número de caso:** \_\_\_\_\_

**estoy de acuerdo en permitir que mi representante le asigne todos mis derechos a reclamos de reembolso médico al AHCCCS en mi nombre.**

---

**Representante Autorizado(a):**

**Al firmar a continuación, yo (el/la representante) estoy de acuerdo de actuar en nombre del cliente.**

**También estoy de acuerdo a:**

- **Sólo proporcionar información completa y verdadera bajo pena de perjurio.**
- **Llenar y firmar los formularios necesarios.**
- **Obtener y entregarle al DES y/o AHCCCS toda la información necesaria para determinar si el cliente califica para la ayuda con costos de médico y**

**Nombre del caso:** \_\_\_\_\_

**Número de caso:** \_\_\_\_\_

**Medicare, Asistencia Nutricional, Asistencia en Efectivo, y/o Control de Tuberculosis, tales como el número de Seguro Social, ingresos, bienes, ciudadanía, residencia, seguro médico e información sobre el cónyuge, los niños menores y los padres (si el cliente es un menor) del cliente.**

- **Informarle al DES y/o AHCCCS de inmediato si el cliente tiene un:**
  - **Aumento o disminución de ingresos;**
  - **Aumento o disminución de bienes;**
  - **Cambio en la propiedad de los bienes, incluso la apertura o cierre de cuentas financieras;**
  - **Cambio en la dirección; o**
  - **Cambio en el médico o en la**

**Nombre del caso:** \_\_\_\_\_

**Número de caso:** \_\_\_\_\_

**cantidad de primas pagadas.**

- **Mantener la confidencialidad de cualquier información sobre el solicitante o beneficiario proporcionada por la agencia.**

---

**Si se determina que soy elegible, esta autorización permanece vigente hasta que mi representante o yo le indiquemos que se suspenda. Esta autorización se vence cuando mi solicitud de ayuda se retracte o se deniegue, o hasta que termine mi elegibilidad. Sin embargo, esta autorización continúa durante el tiempo que esté impugnando mi elegibilidad en una audiencia administrativa o en un procedimiento judicial.**

---

**Firma de Solicitante:**

**Nombre del caso:** \_\_\_\_\_

**Número de caso:** \_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_  
**Firma de Representante:**

\_\_\_\_\_  
**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.**