

**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)**

**Vea las páginas 28-33
para leer la declaración de
USDA/EOE/ADA**

Nombre del caso:

Núm. de caso: _____

ID de Solicitud a HEAplus:

Fecha: _____

Un Representante Autorizado(a) es un amigo, pariente otra que conoce sus circunstancias y puede ayudarle en el proceso de solicitud.

Un Representante Autorizado(a) es alguien que usted elige; la FAA

Nombre del caso:

Núm. de caso: _____

no 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**

Nombre del caso:

Núm. de caso: _____

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.**

Nombre del caso:

Núm. de caso: _____

- **Reportar y verificar cambios en las circunstancias de su caso (dirección, ingresos, recursos, gastos y demás).**
- **Recibir sus avisos y demás correspondencia del Departamento de parte de usted.**

Nombre del caso:

Núm. de caso: _____

**Información de
Representante
Autorizado(a)**

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

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

Yes No

Nombre de la organización:

Nombre del caso:

Núm. de caso: _____

Teléfono (*con código de área*): _____

Casa Celular

Mensajes Trabajo

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

Ciudad: _____

Estado: _____

Código Postal: _____

Nombre del caso:

Núm. de caso: _____

**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***

Nombre del caso:

Núm. de caso: _____
esta persona):

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

**Por favor, lea con
cuidado. Con su
firma a continuación**

Nombre del caso:

Núm. de caso: _____

**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.**

Nombre del caso:

Núm. de caso: _____

**(cuando esto suceda,
marque una de las
siguientes:**

**Seleccionaré a otra
persona para 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:

Nombre del caso:

Núm. de caso: _____

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**

Nombre del caso:

Núm. de caso: _____

**nadie más adecuado
para representar a esta
persona.**

**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**

Nombre del caso:

Núm. de caso: _____

**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**

Nombre del caso:

Núm. de caso: _____

para la única persona solicitante de edad adulta en el hogar, no se requiere la firma de tal 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.

Nombre del caso:

Núm. de caso: _____

**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**

Nombre del caso:

Núm. de caso: _____

**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 Medicare, Asistencia
Nutricional, Asistencia
en Efectivo, y/o Control
de Tuberculosis. Doy
permiso y acepto que**

Nombre del caso:

Núm. de caso: _____

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**

Nombre del caso:

Núm. de caso: _____

divulgar información personal sobre mí 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 estoy

Nombre del caso:

Núm. de caso: _____

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

Nombre del caso:

Núm. de caso: _____

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**

Nombre del caso:

Núm. de caso: _____

cliente califica para la ayuda con costos de médico y Medicare, Asistencia Nutricional, Asistencia en Efectivo, y/o Control de Tuberculosis, tales como el número de médico, ingresos, bienes, ciudadanía, residencia, seguro médico e información sobre el cónyuge, los niños menores y los

Nombre del caso:

Núm. de caso: _____

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**

Nombre del caso:

Núm. de caso: _____

**bienes, incluso la
apertura o cierre de
cuentas financieras;**

- **Cambio en la
dirección; o**
- **Cambio en el médico
o en la cantidad de
primas pagadas.**
- **Mantener la
confidencialidad de
cualquier información
sobre el solicitante
o beneficiario**

Nombre del caso:

Núm. de caso: _____

**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**

Nombre del caso:

Núm. de caso: _____

**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:

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:
[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.