

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

**Nombre del caso:**

---

**Número del caso:**

---

**Vea las páginas 19-27  
para leer la declaración  
de USDA/EOE/ADA**

**Un Representante Autorizado es un amigo, pariente u otra persona que conoce sus circunstancias y puede ayudarle en el proceso de solicitud.**

**Un Representante Autorizado es alguien que usted elige; la FAA no elige por usted. La persona que usted elija debe estar dispuesta a ayudarle. Una agencia no puede actuar como representante autorizado, pero un individuo de una agencia**

**sí puede. Este individuo podrá ayudarlo de las siguientes maneras:**

- **llenar y firmar su solicitud, formularios 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 del caso**

- **reportar y verificar cambios en las circunstancias de su caso de parte de usted**
- **recibir sus avisos y demás correspondencia del Departamento de parte de usted**

**Información de Representante Autorizado(a)**

**Quiero elegir a la  
persona indicada a  
continuación como  
mi Representante  
Autorizado(a):**

**Nombre (*apellido,  
nombre, inicial del 2do.*):**

---

**Núm. de teléfono (*con  
código de área*):**

---

**casa**

**celular**

**mensajes**

**trabajo**

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

---

---

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

**Estado:** \_\_\_\_\_

**Código Postal:** \_\_\_\_\_

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

**hablado:      inglés**

**español      otro:**

---

**escrito:      inglés**  
**español      otro:**

---

**Conozco a esta persona  
como mi *(su relación  
o parentesco con esta  
persona)*:**

---

**Autorización de  
Representante  
Autorizado(A)**

**Por favor, lea con  
cuidado. Con su  
firma a continuación,  
usted indica que leyó,  
entendió y acepta estas**

**declaraciones.**

**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 que actúe como mi representante autorizado(a) para NA.**

**Esta es la única persona que está disponible para ser mi representante autorizado(a) para NA.**

---

**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.**

**Proporcione su fecha de nacimiento y marque una de las casillas siguientes: (*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 una IPV de Asistencia Nutricional.**

**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 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.**

---

**Solicitante:**

**Al firmar a continuación, yo (*el cliente*) doy permiso a la persona indicada anteriormente para actúe en mi nombre como mi representante. Esa persona tiene permitido ayuda con Asistencia Nutricional. 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 mí al DES**  
**incluida 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.**

---

**Representante Autorizado(a):**

**Al firmar a continuación, yo (el/la representante) estoy en acuerdo en 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 toda la información necesaria para determinar si el cliente califica para la ayuda con Asistencia Nutricional, 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 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 seguro médico o en la 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 de NA**

**permanece vigente hasta que yo o mi representante le indiquemos que la suspendan. Esta autorización se vence cuando mi solicitud de asistencia se retracte o se deniegue, o hasta que finalice mi elegibilidad. Sin embargo, esta autorización continúa en cualquier momento mientras impugne mi elegibilidad en una audiencia administrativa o procedimiento judicial.**

**Firma de Solicitante:**

---

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

**Firma de Representante  
Autorizado(a):**

---

**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:**  
**FNSCIVILRIGHT**  
**SCOMPLAINTS**  
**@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.**