

**ARIZONA DEPARTMENT OF
ECONOMIC SECURITY
Administración de
Asistencia para Familias
SOLICITUD DE
REEMPLAZO POR
ROBO DE BENEFICIOS
ELECTRÓNICOS**

**Vea la páginas 16-23 for
para leer la declaración de
USDA/EOE/ADA**

Este formulario se usa para solicitar el reemplazo de los beneficios de Asistencia Nutricional (NA, por sus siglas en inglés) y/o Asistencia en Efectivo (CA, por sus siglas en inglés) debido al robo electrónico de beneficios. Ejemplos de robo de beneficios electrónicos son el robo de tarjetas, la clonación de tarjetas y el fraude electrónico. Es posible que pueda recibir un reemplazo cuando denuncie el robo

electrónico dentro de los 45 días calendario desde la fecha en que ocurrió el robo electrónico a partir de 06/19/2023.

Para denunciar y solicitar un reemplazo de los beneficios de NA y/o CA robados, usted, un miembro del hogar o un representante autorizado pueden llenar y firmar este formulario. Envíe su solicitud por cualquiera de los siguientes medios:

- **Por teléfono al: 1 (833) 786-8823, de lunes a viernes, de 7:00 a.m. a 5:00 p.m.**
- **Por correo a:
Department of
Economic Security PO
Box 19009 Phoenix, AZ
85005-9009**
- **Por fax al:
(602) 257-7031 o de
manera gratuita al
1 (844) 680-9840**
- **En persona: En
cualquier oficina de
FAA**

**(Agregue su nombre
y número de caso a
todo comprobante que
proporcione.)**

**INFORMACIÓN DEL
PARTICIPANTE**

Participante

Fecha: _____

Núm. de caso AZTECS:

Correo electrónico:

Teléfono:

Teléfono móvil:

Mejor manera:

y mejor hora:

para comunicarse con el hogar.

**DETALLES DE BENEFICIOS
ROBADOS**

Última compra autorizada:

| PROGRAMA (NA O CA) | FECHA Y HORARIO | CANTIDAD | NOMBRE DE TIENDA O ATM | CIUDAD Y ESTADO |
|-------------------------------|----------------------------|-----------------|---|--------------------------------|
| | | | | |

Compra(s) específica denunciada como robada:

| PROGRAMA (NA O CA) | FECHA Y HORARIO | CANTIDAD | NOMBRE DE TIENDA O ATM | CIUDAD Y ESTADO |
|-------------------------------|----------------------------|-----------------|---|--------------------------------|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

| PROGRAMA (NA O CA) | FECHA Y HORARIO | CANTIDAD | NOMBRE DE TIENDA O ATM | CIUDAD Y ESTADO |
|-------------------------------|----------------------------|-----------------|---|--------------------------------|
| | | | | |
| | | | | |

Comentarios adicionales:

¿Estaba en su posesión la tarjeta de transferencia electrónica de beneficios (EBT, por sus siglas en inglés) en la fecha/hora del robo electrónico de beneficios? Sí No

Tenga en cuenta: Una respuesta “no” no lo descalifica para solicitar el reemplazo de los beneficios electrónicos robados.

**¿Le dio la tarjeta de EBT,
el número o el número de
identificación personal
(PIN, por sus siglas en
inglés) de la tarjeta
a alguien conocido o
desconocido?**

Sí No

Sí, se lo di a:

**o se lo di a una persona
desconocida
mediante: (*correo
electrónico, texto,
teléfono, en persona*):**

¿Se reemplazó la tarjeta de EBT desde la actividad no autorizada?

Sí No

Si la reemplazó, en qué fecha lo hizo: _____

ATESTACIÓN Y FIRMA

Este formulario solo es válido con atestación y firma.

Con mi firma, entiendo y estoy de acuerdo con lo siguiente:

- **Entiendo que las denuncias de beneficios electrónicos robados deben presentarse dentro de los 45 días naturales a partir de la fecha del robo, o para los beneficios robados desde el 1 de octubre de 2022 hasta el 18 de junio de 2023, a más tardar el 18 de septiembre de 2023.**
- **Entiendo que solo pueden tomarse**

en cuenta para reemplazarse beneficios robados entre el 10/1/2022 al 09/30/2024.

- **Entiendo que los beneficios de reemplazo debido al robo electrónico de beneficios no pueden exceder la cantidad de dos meses de beneficios o la cantidad de mi pérdida real informada, lo que sea menor.**

- **Entiendo que los beneficios electrónicos robados no pueden reemplazarse más de dos veces en el mismo año fiscal federal (del 1 de octubre al 30 de septiembre siguiente).**
- **Entiendo que tengo derecho a apelar por si no estoy de acuerdo con la cantidad, la denegación o demora del reemplazo a emitirse para mi hogar. Entiendo que**

los beneficios de reemplazo no pueden emitirse mientras se tramita la apelación.

Afirmo bajo pena de perjurio y/o fraude, que me robaron mis beneficios de Nutrición y/o Asistencia en Efectivo. Entiendo que si hago declaraciones falsas, puedo ser responsable de una violación intencional del programa (IPV, por sus siglas en inglés) o enjuiciamiento según

las leyes federales y estatales.

Firma del participante o representante autorizado:

Fecha: _____

Número del trabajador (C o D): _____

NO ENVÍE EL FORMULARIO a la dirección que aparece a continuación.

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**

3. correo electrónico:

[FNSCIVILRIGHTS](mailto:FNSCIVILRIGHTS@usda.gov)

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.**