

**SOLICITUD DE INFORMACIÓN Y ACUERDO PARA PROPORCIONAR INFORMACIÓN QUE FALTA**

NOMBRE DEL CASO	NOMBRE DEL SOLICITANTE (apellido, 1er nombre, inicial)	NÚM. DE CASO AZTECS
DIRECCIÓN DE LA OFICINA LOCAL (calle y número, ciudad, estado, código postal ZIP)		(Marque todo que se aplique) <input type="checkbox"/> NA/CA/RCA/TC <input type="checkbox"/> MA

**DEVUELVA ESTE FORMULARIO CON LAS VERIFICACIONES MARCADAS (X) ABAJO**

NECESARIA PARA			VERIFICACIONES	NECESARIA PARA PERSONA(S) MES(ES)
NA	CA	MAO		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Verificación de embarazo - fecha estimada de nacimiento: <i>(Para una prueba de embarazo gratis, llame al 1-800-833-4642)</i>	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Identidad	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dirección residencial/ estado de residencia temporal	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Certificado de nacimiento /bautizo/Tarjeta de Censo Tribal/Datos biográficos/Prueba de edad	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Prueba de ciudadanía, Estado de inmigración o 40 Trimestres	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Número de Seguro Social/Solicitud de Número de Seguro Social	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Decreto de Divorcio/Órdenes de Sustento para Menores /Certificado Matrimonio	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Prueba de asistencia escolar/Fecha de terminación del programa	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Declaración Firmada del arrendador o persona sin parentesco con Ud., Verificando quiénes viven en el hogar. Arrendador o persona sin parentesco no vivir en el mismo hogar <i>(Tiene que incluir dirección y teléfono del signatario)</i>	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Declaración de compra/preparación de comida por separado	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Declaración médica de incapacidad, incluso duración de la incapacidad o el episodio de emergencia	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Prueba de todos los gastos médicos durante el periodo: Desde                      Hasta	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cooperar con <input type="checkbox"/> DCSE <input type="checkbox"/> Orientación preliminar para el programa de Jobs JPPO <input type="checkbox"/> Oficina de Empleo JOBS <input type="checkbox"/> Native Employment Works (NEW)	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Estados actuales de todas las cuentas de banco/uniones de crédito y transacciones IDA	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Propiedad inmueble (Solares, edificios, casa, terreno, et.)	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Otra propiedad personal (Bonos, joyas, seguro de vida, ganado, etc.)	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ingresos estudiantiles (Subvenciones, becas, préstamos, estudio y trabajo, etc.)	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Gastos estudiantiles (matrícula, libros, transporte, etc.)	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ingreso bruto ganado (talones de cheques o declaración firmada del empleador) para cada periodo de pago desde Listado por fin del periodo de pago la fecha de pago, y ingreso bruto para cada fecha de pago hasta	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ingreso de negocio propio <input type="checkbox"/> Nuevo <input type="checkbox"/> Continuo Durante el periodo desde                      hasta	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Gastos de negocio propio durante el periodo: desde                      hasta	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Otro ingreso <input type="checkbox"/> SSI <input type="checkbox"/> SSA <input type="checkbox"/> VA <input type="checkbox"/> UI <input type="checkbox"/> Sustento para menores <input type="checkbox"/> En especio.                      Durante el periodo desde                      Hasta	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Prueba de que el ingreso ha terminado, y la fecha: El última día en que se pagó                      El última día en que trabajó	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Hipoteca <input type="checkbox"/> Alquiler <input type="checkbox"/> Espacio alquilado <input type="checkbox"/> Impuestos de propiedad <input type="checkbox"/> Seguro como dueño de casa	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Servicios públicos: <input type="checkbox"/> Electricidad <input type="checkbox"/> Agua <input type="checkbox"/> Gas <input type="checkbox"/> Tel. <input type="checkbox"/> Otro (Especifique)	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Declaración de cómo se han pagado los gastos, las cantidades y quién los paga	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Gastos por cuidado de dependientes: Facturados por Durante el periodo: desde                      hasta	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Solicitud para otros beneficios. (Especifique SSI/ SSA/ UI/ VA) Tipo de beneficio	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Huellas digitales	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ingresos y gastos por sobrepagos durante el periodo: desde                      hasta	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Otro (Especifique)	

DEVUELVE A:	CÓDIGO LOCAL	UNIDAD	CÓDIGO DE ÁREA y TELÉFONO
-------------	--------------	--------	---------------------------

FIRMA DEL ENTREVISTADOR DE ELEGIBILIDAD (EI)	FECHA
--	-------

**DECLARACIÓN DE COMPRENSIÓN:** Me han explicado la necesidad de proporcionar la prueba(s) indicada arriba. Entiendo mi responsabilidad de proporcionar esta prueba(s). También entiendo que si no puedo proporcionar la prueba(s), pediré ayuda a mi EI (Entrevistador de Elegibilidad). Proporcionaré la prueba(s) para la fecha siguiente: \_\_\_\_\_. Si no proporciono la prueba(s) necesaria, puede que el beneficio(s) indicado arriba sea cambiado, denegado o terminado.

FIRMA DEL SOLICITANTE	FECHA
-----------------------	-------

El USDA es un proveedor y empleador con igualdad de oportunidades • Agencias de DES/TANF son empleadores y programas de igualdad de oportunidades • Bajo los Títulos VI y VII de la Ley de los Derechos Civiles de 1964 (Títulos VI y VII) y la Ley de Estadounidenses con Discapacidades de 1990 (ADA por sus siglas en inglés), Sección 504 de la Ley de Rehabilitación de 1973, Ley contra la Discriminación por Edad de 1975 y el Título II de la Ley contra la Discriminación por Información Genética (GINA por sus siglas en inglés) de 2008; el Departamento prohíbe la discriminación en la admisión, programas, servicios, actividades o empleo basado en raza, color, religión, sexo, origen, edad, discapacidad, genética y represalias. El Departamento tiene que hacer las adaptaciones razonables para permitir que una persona con una discapacidad participe en un programa, servicio o actividad. Esto significa por ejemplo que, si es necesario, el Departamento tiene que proporcionar intérpretes de lenguaje de señas para personas sordas, un establecimiento con acceso para sillas de ruedas o material con letras grandes. También significa que el Departamento tomará cualquier otra medida razonable que le permita a usted entender y participar en un programa o en una actividad, incluso efectuar cambios razonables en la actividad. Si usted cree que su discapacidad le impedirá entender o participar en un programa o actividad, por favor infórmenos lo antes posible de lo que usted necesita para acomodar su discapacidad. 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. • Ayuda gratuita con traducciones relacionadas con los servicios del DES está disponible a solicitud del cliente. • Available in English on-line or at the local office.