ARIZONA DEPARTMENT OF ECONOMIC SECURITY
Family Assistance Administration *(Administración de Asistencia Familiar)*

SOLICITUD DE REPRESENTANTE AUTORIZADA PARA ASISTENCIA ALIMENTICIA

NOMBRE DEL CASO *(Apellido, nombre, S.I.)*	NÚM. DE CASO	FECHA

Usted puede eligir a un Representante autorizado para ayudarlo con los requisitos de solicitar o recibir beneficios. Un Representante autorizado es un amigo pariente u otra persona que tiene interés por su bienestar. un Representante autorizado es una persona a quien usted elija. Nosotros no elegimos a nadie por usted. La persona a quien usted elija, debe consentir en ayudarlo. Una agencia no puede actuar como un Representante autorizado, pero sí puede un individuo de una agencia. Un Representante autorizado tiene que ser una persona que no vive con usted. Un representante autorizado puede asistir a las entrevistas por usted. Él o ella puede llenar la solicitud y otro papeleo para usted. También puede informar de los cambios en sus ingresos, recursos u otros cambios por usted.

REPRESENTANTE AUTORIZADO

☐ Yo quiero que la persona identificada a continuación **actúe como mi Representante autorizado**. Entiendo que esta persona podrá:

- Llenar la solicitud mi solicitud, formularios y otro papeleo departamental por mí.
- Asistir a las entrevistas de elegibilidad en persona o realizarlas por teléfono por mí.
- Proporcionar prueba de mis ingresos, recursos y otra información sobre mi y informar de y verificar cambios de mis circunstancias por mí.
- Recibir mis notificaciones y otro correo del Departamento por mí.

DATOS DEL REPRESENTANTE AUTORIZADO

NOMBRE DE LA PERSONA *(Apellido, nombre, S.I.)*	NÚM. DE TELÉFONO *(Incluye código de área)*

DIRECCIÓN POSTAL DE LA PERSONA *(Numero, calle, ciudad, estado, código postal)*

YO CONOZCO A ESTA PERSONA COMO *(Su parentesco con esta persona)*

La razón por qué mi cónyuge no puede entrevistarse es

Continúe a la página 2 – Ambos usted y su representante autorizado tiene que firmar este formulario.

NOMBRE DEL CASO *(Apellido, nombre, S.I.)*	NÚM. DE CASO

FIRMA DEL CLIENTE

Por favor, lea las siguientes declaraciones cuidosamente. Su firma a continuación significa que usted ha leído ha comprendida y acepta estas declaraciones.

- **Yo certifico** que he leído y que yo entiendo la información contenida en este formulario.
- **Yo certifico** que la persona a quien elegí para ser mi Representante autorizado es un adulto que es consciente de manera suficiente de las circunstancias financieras y otras de mi familia para dar cualquier información requerida por el Programa de Asistencia Alimenticia.
- **Entiendo que** soy responsable de corregir alguna información que sea errónea que mi Representante da y que me procesaría por fraude y podría ser multada o encarcelada.
- **Entiendo que** la persona que he nombrado como me Representante autorizado **seguirá actuando en mi nombre** hasta que revocare por escrito, el permiso del Representante autorizado para representarme.

FIRMA DEL CLIENTE	FECHA

FIRMA DEL REPRESENTANTE AUTORIZADO

Por favor, lea las siguientes declaraciones cuidosamente. Su firma a continuación significa que usted ha leído ha comprendida y acepta estas declaraciones.

- **Yo certifico** que he leído y que yo entiendo la información contenida en este formulario.
- **Yo consiento en** aceptar los deberes en este formulario.
- **Entiendo que** debo probar mi identidad para que actúe como un Representante autorizado.
- **Entiendo que** si se me ha descalificado de recibir Asistencia Alimenticia debido a una infracción programática, que yo no puedo actuar como un Representante autorizado a menos que no hay nadie apto para representar a esta persona.
- **Entiendo que** el Department of Economic Security tiene la autoridad para que continúe mi capacidad de actuar como un Representante autorizado si se determine que yo no actúe en pro de los mejores intereses del hogar que ayudo.
- **Entiendo que** pudiera declararme personalmente responsable del sobrepago si se determine que, como representante autorizado, soy responsable de causar un exceso de pago a la familia a la que represento.
- **Entiendo que** se me requerirá que actualice mis datos con el Department of Economic Security cada vez que el hogar que represento solicite una renovación de beneficios de Asistencia Alimenticia.

FIRMA DEL REPRESENTANTE AUTORIZADO	NOMBRE DEL REPRESENTANTE AUTORIZADO EN LETRA DE MOLDE	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 prohibe 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 a los servicios del DES está disponible a solicitud del cliente.