

**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 19-25  
para leer la declaración  
de USDA/EOE/ADA**

**Un Representante Autorizado es un amigo, pariente u otra persona que conoce sus circunstancias y puede ayudarlo 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 ayudarlo. 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)*:**

---

**Quando 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.**

## **Autorización de Representante Autorizado(A)**

**Por favor, lea con cuidado. Con su firma a continuación está indicando que leyó, entendió y acepta estas declaraciones.**

**Solicitante:**

**Certifico que he leído y entiendo la información en este formulario.**

**Certifico que la persona que escogí para que sea mi Representante**

**Autorizado(a) es una persona adulta lo suficientemente enterada de las circunstancias financieras de mi familia y demás en mi hogar, para poder dar información al Departamento de Seguridad Económica.**

**Entiendo que si mi Representante Autorizado(a) de NA actualmente cumple una infracción intencional del programa (IPV) de NA:**

**Elegiré a otra persona para que sirva de mi Representante Autorizado(a) para NA.**

**Esta es la única persona disponible para servir de mi Representante Autorizado(a) para NA.**

**Entiendo que soy responsable por cualquier información incorrecta que dé mi Representante.**

**Entiendo que puedo ser multado, procesado o encarcelado por cualquier fraude al programa cometido por mi representante.**

**Entiendo que la persona que he designado como mi Representante Autorizado(a) seguirá actuando de parte mía hasta que yo revoque por escrito el permiso para que mi Representante Autorizado(a) me represente.**

**Representante  
Autorizado(a):**

**Certifico que he leído y  
entiendo la información  
en este formulario.**

**Estoy de acuerdo en  
aceptar los deberes en  
este formulario.**

**Entiendo que debo  
presentar comprobante  
de identidad para actuar  
como 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.**

**Por favor, proporcione su fecha de nacimiento y marque una de las casillas siguientes:**

**Actualmente estoy cumpliendo una descalificación por una IPV de NA.**

**Actualmente no estoy cumpliendo una descalificación por una IPV de NA.**

**Entiendo que el Departamento de Seguridad Económica (DES) tiene la autoridad para discontinuar mi capacidad de actuar como Representante Autorizado(a), si se**

**determina que no estoy actuando en el mejor interés del hogar al cual represento.**

**Entiendo que se me puede considerar personalmente responsable si se determina que yo, como Representante Autorizado(a), soy responsable de causar un pago en exceso al hogar que represento.**

**Entiendo que es requerido actualizar mi información con el**

**Departamento de Seguridad Económica (DES) cada vez que el hogar al cual ayudo solicite renovar sus beneficios NA.**

**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](mailto:FNSCIVILRIGHTSCOMPLAINTS@usda.gov)**  
**[SCOMPLAINTS](mailto:FNSCIVILRIGHTSCOMPLAINTS@usda.gov)**  
**[@usda.gov](mailto:FNSCIVILRIGHTSCOMPLAINTS@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.**