

FORMULARIO PARA VERIFICAR LA DECLARACIÓN DEL PARTICIPANTE

La declaración que proporcione a continuación se usará solo cuando haya hecho todo lo posible para proporcionar documentos o información de contacto colateral y no pueda proporcionarnos la verificación.

Nombre del caso: _____ Fecha: _____

Número de caso AZTECS: _____ ID de solicitud: _____

DECLARACIÓN DE VERDADIDAD (*Firme aquí*)

Nombre del participante: _____ Fecha de nacimiento: _____

Bajo pena de perjurio y reconocido por medio de mi firma a continuación, juro o afirmo que las declaraciones hechas en relación con todos los elementos que corresponden a mi posible elegibilidad para recibir beneficios son verdaderos y correctos según mi leal saber y entender. Una fotocopia o facsímile (fax) de mi firma se considerará como si fuera la firma original.

Firma del participante: _____

ACERCA DE MI TRABAJO

Comencé a trabajar en: _____ Recibiré mi primer cheque en: _____

Nombre del empleador: _____

Dirección del empleador (Núm., Calle, Ciudad, Estado, CP): _____

Teléfono del empleador: _____ Puesto de trabajo: _____

Nombre del supervisor: _____

Durante los últimos 30 días trabajé:

Fecha de 1^{er} semana: _____ por _____ horas Fecha de 2^a semana: _____ por _____ horas

Fecha de 3^{er} semana: _____ por _____ horas Fecha de 4^a semana: _____ por _____ horas

Fecha de 5^a semana: _____ por _____ horas

ACERCA DE MI SUELDO

Gano \$ _____ por hora día semana. Gano \$ _____ en propinas cada día semana.

Número de horas trabajadas por día: (*Si varían las horas, indique el posible rango*) De _____ a _____

Me pagan: Semanal Cada dos semanas Dos veces al mes Mensual Otro _____

Me pagan el (*marque una*): Dom Lun Mar Mié Jue Vie Sáb

Me pagan en (*marque una*): Efectivo Cheque A cambio de _____

Recibo: Bonos Anticipos de sueldo Incentivos (*Explique*) _____

Cantidad \$ _____ Con qué frecuencia: _____

Si varía, dé un rango de cantidad de \$ _____ a _____

Trabajo horas extras: Sí No

Trabajo _____ horas extras por semana. Me pagan \$ _____ por hora por mis horas extras.

Mi empleador ofrece un plan de seguro médico. Sí No

Estoy inscrito en el plan de seguro médico de mi empleador. Sí No

Si contesto "Sí", llene la información de seguro médico en la próxima página.

OTROS INGRESOS

Recibo ingresos de otra fuente no mencionada anteriormente:

FUENTE DE INGRESOS	CANTIDAD RECIBIDA	FRECUENCIA DEL INGRESO
Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI)		
Seguro por Desempleo (UI)		
Beneficios para veteranos		
Incapacidad o jubilación		
Donaciones o préstamos		
Otra:		

CAMBIOS EN EL HOGAR

CAMBIOS EN MIEMBROS DEL HOGAR – Adjunte prueba de los ingresos y recursos de los nuevos miembros incluso los menores y recién nacidos. Infórmenos cuando alguien se muda a o fuera de su hogar, cuando un miembro del hogar se encuentra en el hospital, cuando usted o un miembro de su hogar tiene un bebé, la muerte de un miembro de su hogar, cambio en el estado civil de usted o un miembro del hogar, o si un padre ya no está discapacitado.

NOMBRE COMPLETO <i>(Apellido, Nombre, S.I.)</i>	PARENTESCO A USTED	FECHA DE NACIMIENTO/ DEFUNCIÓN	NÚM. SEG. SOC. <i>(Opcional si no solicita)</i>	Añada a su CA, NA o MA	LA PERSONA ES	FECHA DE ENTRADA/ SALIDA
				CA NA MA	Embarazada Discapacitada Ciudadana de EE.UU. Estudiante Recibe dinero	A: De:
				CA NA MA	Embarazada Discapacitada Ciudadana de EE.UU. Estudiante Recibe dinero	A: De:
				CA NA MA	Embarazada Discapacitada Ciudadana de EE.UU. Estudiante Recibe dinero	A: De:
				CA NA MA	Embarazada Discapacitada Ciudadana de EE.UU. Estudiante Recibe dinero	A: De:

GASTOS DEL HOGAR

Pago la siguiente cantidad de renta, hipoteca, espacio de arrendamiento, etc.:

Cantidad \$ _____ Con qué frecuencia: _____ Pago por servicios públicos: Sí No
 ¿Cómo calienta (calefacción central, estufa, chimenea) o refrigera (acondicionador de aire, refrigerador evaporativo) su domicilio? _____

Indique los servicios públicos que paga y la cantidad mensual.

TIPO DE GASTO	NOMBRE DE LA COMPAÑÍA	ÚLTIMA CANTIDAD FACTURADA
Electricidad		
Gas y propano		
Agua		
Teléfono		
Carbón o Leña		
Basura y alcantarillado		
Petróleo		

DECLARACIÓN ADICIONAL

AGENCY USE ONLY (Solo para el uso de la agencia)

FAA-0077A Due Date: _____

A011/F011 Due Date: _____

Result of Collateral Contact: _____

Date of Collateral Contact: _____

Worker's Signature: _____

Date: _____

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:

FNCSIVILRIGHTSCOMPLAINTS@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.