

**ARIZONA DEPARTMENT
OF ECONOMIC SECURITY
Administración de
Asistencia para Familias
REMOCIÓN DE UN(A)
REPRESENTANTE
AUTORIZADO(A)**

**Asistencia Nutricional
Asistencia en Efectivo
Asistencia Médica**

Control de Tuberculosis

Nombre de caso

(Apellido, nombre, S.I.):

**Vea las páginas 10-16 para
leer las declaraciones de
USDA/EOE/ADA**

Número de caso:

**ID de solicitud de
HEAplus:**

Fecha: _____

**Usted puede remover
a un(a) Representante
Autorizado(a) en
cualquier momento.
El remover el permiso
de una persona para
ser su Representante
Autorizado(a) NO
afecta ninguna
acción o información**

proporcionado por el(a) Representante Autorizado(a) mientras el(a) Representante Autorizado(a) tuvo permiso para actuar en su nombre.

**REMUEVE A UN(A)
REPRESENTANTE
AUTORIZADO(A)**

Yo quiero remover a la persona identificada a continuación como mi Representante Autorizado(a). Entiendo que esta persona ya no puede:

- **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 mí e informar de y**

verificar cambios de mis circunstancias por mí.

- **Recibir mis notificaciones y otro correo del Departamento por mí.**
- **Obtener cualquier de mi información de caso del Departamento.**

**DATOS DEL (DE LA)
REPRESENTANTE
AUTORIZADO(A)**

**Nombre de la persona
(Apellido, nombre, S.I.):**

**Dirección postal de la
persona (Núm., calle):**

Ciudad: _____

Estado: _____

Código postal: _____

**Número de teléfono de la
persona (Incluya código
de área):**

FIRMA DEL CLIENTE

Por favor, lea las siguientes declaraciones cuidadosamente. 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.**
- **Entiendo que soy responsable**

de cualquier error, omisión o información errónea que mi Representante autorizado haya informado al Department of Economic Security mientras el Representante autorizado tiene el permiso de actuar en mi nombre.

- **Entiendo que tengo que notificar por escrito al**

**Department of
Economic Security,
si necesito nombrar
a un(a) nuevo(a)
Representante
Autorizado(a).**

Firma del cliente:

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:

**[FNSCIVILRIGHTS
COMPLAINTS
@usda.gov](mailto:FNSCIVILRIGHTS
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.