

**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.*):** \_\_\_\_\_

**Número de caso:**

\_\_\_\_\_

**ID de solicitud de HEAplus:**

\_\_\_\_\_

**Fecha:** \_\_\_\_\_

**Vea las páginas 5-8 para leer las  
declaraciones de USDA/EOE/ADA**

**Usted puede remover a un 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 Representante Autorizado(a) tuvo permiso para actuar en su nombre.**

## **REMOVER 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 avisos 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, comprende, 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(a) haya informado al Department of Economic Security mientras el(a) Representante Autorizado(a) 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(una) 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:**  
**[FNSCIVILRIGHTSCOMPLAINTS](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.**