

**ARIZONA DEPARTMENT
OF ECONOMIC SECURITY
Administración de
Asistencia para Familias**

**ACUERDO DE
SOLICITANTE Y
GUIÓN DE DESVÍO DE
SUBVENCIÓN**

**Nombre del solicitante
(*Apellido, nombre, s.i.*):**

Núm. de AZTECS:

**Vea las páginas 8-10
para leer la declaración
de EOE/ADA**

GUIÓN

Después de repasar su información, es posible que usted pueda tener derecho a al menos \$1.00 de asistencia en efectivo. Usted puede optar por aceptar la opción del pago de Desvío de Subvención.

Asistencia de Desvío de Subvención es:

- **Un pago que no se repite y que se puede recibir SÓLO UNA VEZ en un plazo de 12 meses.**

- **Un pago global equivalente a tres (3) meses de asistencia en efectivo que su familia tendría derecho de recibir.**
- **Con la intención de apoyarlo a usted y a su familia en sus esfuerzos de obtener un empleo de horario completo.**

ACUERDO

Entiendo lo siguiente:

Servicios de Cuidado de Niños se pueden estar a

mi disposición durante los tres meses de la asistencia de Desvío de Subvención.

La opción de asistencia de Desvío de Subvención me ha sido explicada y he decidido que el pago global de SÓLO UNA VEZ me ayudará a lograr autosuficiencia por medio de empleo de tiempo completo. No podré solicitar Asistencia en Efectivo durante el plazo de Desvío de Subvención

desde el: _____

hasta: _____

Si no acepto o si no tengo derecho a la asistencia de Desvío de Subvención, debo cooperar con el Programa de Jobs y la División de Sustento para Menores antes que se pueda aprobar mi Asistencia en Efectivo.

He hecho el siguiente trabajo (*marque todo que aplica*):

Tareas domésticas

**Trabajo general
Restaurante o motel
De oficina o trabajo
administrativo**

Otro: _____

**Entiendo las
oportunidades que se
me presentan y yo opto
por lo siguiente:**

**ACEPTO el pago de
asistencia de Desvío
de Subvención.**

Firma del solicitante:

Fecha: _____

NO ACEPTO el pago de asistencia de Desvío de Subvención.

Firma del solicitante:

Fecha: _____

Como representante de DES, he explicado la opción de asistencia de Desvío de Subvención.

Evaluador de servicios programáticos (PSE):

**Núm. de teléfono
(Incluya código de área
y la extensión):**

Fecha: _____

***Distribución: Original
- Solicitante; Copia -
Archivo de caso***

**Esta entidad es
un proveedor que
brinda 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 prohíbe la discriminación en la admisión, programas, servicios, actividades o empleo basado en

raza, color, religión, sexo, origen, edad, discapacidad, genética y represalias. 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. • Available in English on-line or at the local office.