

## INFORMACIÓN DE DETERMINAR A UN PATROCINADOR

Nombre del cliente: \_\_\_\_\_

Núm. de caso AZTECS: \_\_\_\_\_ ID de HEA: \_\_\_\_\_

**Instrucciones:** Utilice este formulario para determinar si se utilizarán las normas de determinar a un patrocinador para su solicitud.

Los Servicios de Inmigración y Ciudadanía de los Estados Unidos (USCIS por sus siglas en inglés) han verificado que a usted se le otorgó el estado de Residente Permanente Legal en los Estados Unidos porque su patrocinador firmó un formulario I-864 Affidavit of Support (Declaración Jurada de Patrocinio Económico) acordando a ofrecerle apoyo financiero. Por lo tanto, tiene que contarse algo del ingreso de su patrocinador cuando determinamos si tiene derecho para recibir Seguro Médico de AHCCCS. Se contarán los recursos del patrocinador solamente para ALTCS. Este proceso se llama “determinar a un patrocinador”.

Sin embargo, puede ser exento de determinar a un patrocinador si usted:

- Es indigente;
- Es una víctima, o el padre o un menor de una víctima de violencia doméstica o crueldad extrema; o
- Puede ser acreditado con 40 trimestres de trabajo cualificados

### EXCEPCIÓN DE INDIGENTE

A usted se le considera indigente si satisface el criterio de a continuación:

- Para asistencia médica: sus ingresos son igual a o menos de 100% del Índice de Pobreza Federal (FPL por sus siglas en inglés), según el tamaño de su familia.
- Para Asistencia en Efectivo: sus ingresos son igual a o menos de 36% del Índice de Pobreza Federal (FPL por sus siglas en inglés) de 1992, según el tamaño de su familia.
- Para Asistencia Alimentaria: sus ingresos son igual a o menos de 185% del Índice de Pobreza Federal (FPL por sus siglas en inglés) actual, según el tamaño de su familia.

Por favor, proporcione la siguiente información para que podamos determinar si usted tiene derecho a la excepción por indigencia.	Sí	No
A. ¿Vive con su patrocinador?		
B. ¿Recibe alojamiento y comida gratuita de su patrocinador u otra persona?		
C. ¿Paga alguien por todo o una parte de su alquiler?		
En caso afirmativo, ¿cuál es la cantidad mensual del alquiler que se paga en su nombre?		
D. ¿Paga alguien toda o una parte de las facturas de sus servicios públicos (luz, gas, agua)?		
En caso afirmativo, ¿cuál es la cantidad mensual de las facturas de servicios públicos que se paga en su nombre?		
E. ¿Le da alguien alimentos gratuitos, o paga toda o una parte de sus facturas de alimentos?		
En caso afirmativo, ¿cuál es el valor mensual de las facturas de alimentos que se paga en su nombre?		
F. ¿Cuánto dinero le dio el mes anterior su patrocinador?		
¿Espera usted mensualmente esta cantidad?		
Si no es así, explique:		

### EXCEPCIÓN PARA LA VÍCTIMA DE VIOLENCIA DOMÉSTICA O CRUELDAD EXTREMA

Si usted desea solicitar esta excepción de determinar a un patrocinador, proporcione la información y documentación solicitada a continuación. Si tiene derecho a esta excepción, no consideraremos los ingresos o recursos de su patrocinador por 12 meses.	Sí	No
A. ¿Es usted una víctima de violencia doméstica o crueldad extrema?		
B. ¿Es usted el padre de un menor maltratado?		
C. ¿Es usted el menor de un padre maltratado?		
Si contesto sí a cualquiera de las preguntas anteriores, por favor, proporcione lo siguiente:		
• Nombre de la víctima:		



**Proporcione documentación de las ganancias anuales para usted mismo y cada persona que indicó anteriormente.** Cualquier persona puede obtener un historial de sus ganancias de año por año de la Administración del Seguro Social al llenar el formulario SSA-7004. La SSA le responderá dentro de 4-6 semanas desde haber recibido la solicitud. Cualquier persona puede:

- Enviar una solicitud en línea en <https://secure.ssa.gov/RIL/SiView.action>; o
- Enviar el SSA-7004 llenado por correo a Social Security Administration, Wilkes Barre Data Operations Center, P.O. Box 7004, Wilkes Barre, PA 18767-7004. Usted puede descargar copias de este formulario y las instrucciones en <https://www.ssa.gov/espanol/estadodecuanta/>, o pregúntele por una copia de este formulario a su trabajador.

También puede proporcionar los talones de sueldo, W-2s, declaraciones del empleador o los formularios de contribución sobre ingresos para verificar el historial de las ganancias de empleo.

**INFORMACIÓN DE DETERMINAR A UN PATROCINADOR**

A menos de que tenga derecho a una de las exenciones de determinar a un patrocinador descritas en este formulario, usted tiene que proporcionar la documentación para verificar: los ingresos (y los recursos para ALTCS) de:

- Su patrocinador; y
- El cónyuge de su patrocinador (si el patrocinador vive con su cónyuge).

**Por favor, proporcione la siguiente información sobre su patrocinador y los miembros de su hogar:**

Nombre del patrocinador: \_\_\_\_\_

Núm. de Seguro Social del patrocinador: \_\_\_\_\_ Núm. de teléfono del patrocinador: \_\_\_\_\_

Dirección del patrocinador (Núm., calle): \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

¿Está casado su patrocinador?    Sí    No    Si está casado, ¿vive su patrocinador con su cónyuge?    Sí    No

Nombre del cónyuge del patrocinador: \_\_\_\_\_

Por favor, proporcione la siguiente información sobre los menores dependientes que viven con su patrocinador:

Nombre del menor	Fecha de nacimiento	Parentesco al patrocinador:		
		Hijo o hija	Hijastro o hijastra	Otro:
		Hijo o hija	Hijastro o hijastra	Otro:
		Hijo o hija	Hijastro o hijastra	Otro:
		Hijo o hija	Hijastro o hijastra	Otro:
		Hijo o hija	Hijastro o hijastra	Otro:

Nombre en letra de molde del participante o representante legal: \_\_\_\_\_

Firma del participante o representante legal: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre en letra de molde del testigo: \_\_\_\_\_  
(Solo si el participante firmó con una marca)

Firma del testigo: \_\_\_\_\_ 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@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.