YUMA COMMUNITY FOOD BANK
Serving Southwestern Arizona

ARIZONA DEPARTMENT OF ECONOMIC SECURITY

aps

CHICANOS POR LA CAUSA

# CONECTANDO LAS FAMILIAS CON CUPONES DE ALIMENTOS (SNAP), AHCCCS Y ASISTENCIA DE APS

**17 a 19 de noviembre, 2026**

**Asistencia Sin Cita Previa de SNAP/AHCCCS**

**Asistencia de APS SOLAMENTE el 17 noviembre Sin Cita Previa**

**HORARIO: 8:30AM-3:00PM**

**UBICACION: Yuma Community Food Bank**

**2404 E. 24th St. Yuma, AZ 85365**

- **Hay asistencia de APS para el pago de servicios públicos disponible sin cita previa (hasta $1,000 para cubrir facturas vencidas) para clientes que atraviesan una crisis documentada.**
- **Se ofrece asistencia para solicitar SNAP, AHCCCS y Mercado de Seguros Medicos sin cita previa a través de Keogh Health Connection.**
- **Asegúrese de llevar todos sus documentos de elegibilidad necesarias para completar sus solicitudes.**

**ASISTENCIA INCLUYE SIN CITA PREVIA DE AHCCCS/CUPONES DE COMIDA Y MERCADO DE SEGUROS MEDICOS**

Call for more info: 602-266-0397

wildfire
Igniting Community Action to End Poverty in Arizona

# Consejos para Ahorrar Tiempo

ARIZONA DEPARTMENT OF ECONOMIC SECURITY

## ¡Ayúdenos a ayudarle a usted a reducir su tiempo de espera!

**1** Cuando solicite o renueve sus beneficios, use la solicitud en línea en healthearizonaplus.gov.

**2** Cuando necesite una entrevista, llame al 1-855-777-8590 para una entrevista telefónica o visite su oficina más cercana.

## Cuando tenga su entrevista, por favor, tenga disponible la siguiente información:

**1) Prueba de identidad (uno de los siguientes) y para solicitantes inmigrantes (verificación de estado de extranjero):**

- ☐ Visa
- ☐ Licencia de conducir
- ☐ Credencial de identificación del estado
- ☐ Acta de nacimiento
- ☐ Pasaporte estadounidense
- ☐ Otra identificación
- ☐ **Documentos de Inmigración** *(tarjeta de residencia permanente legal, cartilla de registro de votante, certificado de naturalización, tarjeta de autorización de empleo, documentos de viaje para refugiados I-94, etc.)*

**2) Prueba de ingresos laborales:**

Todos los ingresos procedentes de cualquier fuente de empleo de todos los miembros de la unidad presupuestaria, durante los últimos 30 días o más. Las pruebas incluyen, entre otras, las siguientes:

- ☐ Copias de talónes de pago
- ☐ Declaraciones que incluyan:
  - ☐ propinas (registro de las propinas no incluidas en los talones de pago)
  - ☐ comisiones
  - ☐ bonos
  - ☐ paga por horas extras
- ☐ Prueba de empleo terminado – debe incluir el último día trabajado, el ultimo día que le pagaron, la cantidad bruta, y el pago por separación, si corresponde.
- ☐ Una declaración del empleador u organización que indique el importe bruto de los ingresos y las horas trabajadas por cada día de pago en los últimos 30 días. La declaración debe indicar si los ingresos brutos incluyen horas extras, propinas, bonos, comisiones, incentivos, diferenciales u otros pagos.

**Nota:** Si los ingresos brutos que algún miembro del hogar recibió en los últimos 30 días **no** son los que espera seguir recibiendo, **debe** proporcionar **pruebas** de los ingresos brutos que espera recibir.

- ☐ Trabajo autónomo *(trabaja por cuenta propia, como un contratista independiente, determina su propio horario, usa sus propias herramientas).* Proporciona todos los ingresos de los últimos 12 meses o los ingresos de todos los meses si el negocio lleva operando menos de 12 meses. También se necesitan recibos de gastos *(costos por operar el negocio)*.

**3) Prueba de ingresos *(que no procedan del empleo)* de todos los miembros de la unidad presupuestaria:**

- ☐ Comprobante de beneficios del Seguro Social
- ☐ Sustento para menores *(talones de cheques, copia impresa)*
- ☐ Comprobante de beneficios de Administración de Veteranos
- ☐ Regalos o préstamos que se reciben
- ☐ Declaración de impuestos federales *(todos los anexos y formularios)*
- ☐ Compensación laboral *(comprobante de beneficios y talones de cheque)*
- ☐ Seguro por discapacidad temporal (TDI)
- ☐ Seguro por desempleo (UI)

**4) Prueba de residencia de Arizona y costos de vivienda:**

- ☐ Recibos de alquiler (renta) o hipoteca
- ☐ Explicación por escrito de los gastos de vivienda compartida por parte de la persona o personas que comparten el gasto.
- ☐ Contrato de arrendamiento o declaración del arrendador(a)
- ☐ Facturas de servicios públicos *(gas, petróleo, electricidad, agua, basura, teléfono)*
- ☐ Seguro para propietario o inquilino

**5) Gastos médicos para una persona de 60 años o más, o que tenga una discapacidad, cuyos gastos médicos mensuales de su bolsillo excedan los $35:**

- ☐ Recetas
- ☐ Copagos
- ☐ Primas *(Medicare, seguro médico, etc.)*
- ☐ Recibos del seguro
- ☐ Facturas médicas
- ☐ Millas de viaje a los servicios médicos

**6) Prueba de quién vive en el hogar:**

- ☐ Contrato de arrendamiento o declaración del arrendador(a).
- ☐ Declaración de una persona que no sea pariente y que no viva en el hogar.

Si hay personas en el hogar que compran y cocinan por separado, se necesita una declaración de ellas.

**7) Prueba de gastos de cuidado de niños durante los últimos 30 días en los que alguien cuida a su(s) hijo(s) mientras usted trabaja. ¿Transporta al niño hacia o desde el lugar de cuidado infantil?**

**8) Número o tarjeta de seguro social, o comprobante de que se ha realizado y presentado una solicitud para obtenerlo.**

Asistencia en efectivo y nutricional permite deducir ciertos gastos del hogar al determinar el monto de sus beneficios, siempre que dichos gastos sean reportados y verificados. Estos pueden incluir pagos de renta o hipoteca, impuestos sobre la propiedad, seguro de vivienda, servicios públicos, gastos de cuidado de dependientes y manutención infantil pagada por un miembro del hogar por obligación legal. También pueden deducirse gastos médicos que excedan los $35 al mes cuando un miembro del hogar es una persona mayor (de 60 años o más) o tiene una discapacidad y esta solicitando beneficios.

Para que la agencia pueda utilizar un gasto reportado como deducción en su caso, dicho gasto debe se verificado.

Vea el reverso para leer la declaración de USDA/EOE/ADA

## Información útil

**9) Prueba de discapacidad:** ☐ Carta del Seguro Social ☐ Declaración de su doctor ☐ Carta de la Administración de Veteranos

**10) Prueba de obligación legal y pago de sustento para menores ordenado por el tribunal:**

Proporcione un dato de cada columna:

☐ Orden del tribunal
☐ División de Servicios de Sustento para Menores (DCSS)
☐ Comprobantes de beneficios de SSA
☐ Cheques cancelados
☐ Copias de giros postales (Money Order)

Healthcare Marketplace: 1-800-318-2596 • healthcare.gov
Administración del Seguro Social: 1-800-772-1213 • socialsecurity.gov
Número TTY para la Administración del Seguro Social: 1-800-325-0778

Para *cualquier* pregunta sobre su caso o ayuda con su nombre de usuario o contraseña de HEAplus, llame al 1-855-432-7587 o visite su oficina más cercana. Puede solicitar beneficios o reportar cambios en: healthearizonaplus.gov

## Creación de su...

**Nombre de usuario:**

Al solicitar beneficios a través de HEAplus, deberá ingresar su nombre, dirección, ciudad, estado, correo electrónico, etc.

También se le pedirá que "Cree su Nombre de Usuario", y se le sugiere crear un nombre de usuario que sea único y fácil de recordar.

Aunque nunca recomendamos escribir su nombre de usuario y contraseña en la misma hoja de papel, puede usar la parte inferior de este volante para escribir uno u otro. Asegúrese de leer el consejo en la nota al final de esta sección.

**Nota:** Si busca sugerencias generales sobre la creación de un nombre de usuario para interacciones comerciales, encontramos las siguientes sugerencias compartidas en varios sitios web:

- No use el mismo el mismo nombre de usuario en diferentes cuentas de sitios web.
- Recuerde que el nombre de usuario representa quién es usted para los demás.
- Evite usar información de identificación personal, como su nombre y apellido o su fecha de nacimiento. Es especialmente importante no usar su apellido. Podría usar su segundo nombre si no es muy conocido y escribirlo al revés.
- No revele su edad ni su ubicación.
- Evite ser ofensivo.
- Combine el nombre de una mascota favorita con el nombre de un lugar que le gustaría visitar, tal como "Woofie Grand Canyon", o considere sus intereses:
  Si le encanta un lago local, investigue el nombre de una flor popular que crezca allí y base su nombre de usuario en eso. *Por ejemplo: Margaritas del Lago Placentero.*
  O si le gusta ver fútbol, use el nombre de su equipo favorito con el nombre de un jugador actual.
- Use una frase que tenga significado para usted: *"Me encanta el helado".*
- Manténgalo inofensivo: No use palabras inapropiadas.
- Use un guion o guion bajo entre algunas palabras: (- o _)

**Contraseña:**

- Su contraseña debe tener ocho o más caracteres. No repita caracteres (por ejemplo: 00 o 22).
- No repita pares de caracteres (por ejemplo: oxox o 2424).
- Use por lo menos un número.
- Use por lo menos un caracter especial (como: !, @, #, $, (, %, ), &, *).
- Use una combinación de letras mayúsculas y minúsculas (use al menos una letra mayúscula).
- La contraseña no debe tener espacios en blanco.

## Importante

Cuando elija escribir su información en los espacios en blanco a continuación, asegúrese de guardar esta información en un lugar seguro.

# de ID de la solicitud: _____ # de Caso: _____

Nombre de usuario: _____ ***o*** Contraseña: _____

**Nota:** Usted es el único responsable del uso y la protección adecuada de su nombre de usuario y contraseña, y debe tomar precauciones para prevenir su pérdida (incluso la pérdida de este volante si escribe su información en los espacios en blanco) y/o el uso no autorizado. Usted acepta que el Estado de Arizona, el Department of Economic Security y AHCCCS no son responsables y están libres de cualquier reclamo, pérdida, responsabilidad, costos o gastos que surjan de tales pérdidas o usos no autorizados.

De conformidad con la leyes federal de derechos civiles y las normas y políticas del Departamento de Agricultura de los Estados Unidos (USDA), en materia de derechos civiles el USDA, sus agencias, oficinas, empleados e instituciones que participen en, o administren programas del USDA tienen prohibido discriminar por motivos de raza, color, nacionalidad, religión, sexo, discapacidad, edad, estado civil, situación familiar o parental, ingresos provenientes de un programa de asistencia pública, creencias políticas o represalias o venganza por actividades previas en materia de derechos civiles, en cualquier programa o actividad realizada o financiada por el USDA (no todos los bases se aplican a todos los programas). Los plazos para presentar recursos y quejas varían según el programa o incidente.

Las personas con discapacidad que necesiten medios alternativos de comunicación para obtener información de programa (por ejemplo, Braille, letra grande, audio, lenguaje de señas americano, etc.) deben comunicarse con la agencia estatal o local que administra el programa o con el USDA a través el Servicio de Retransmisión de Telecomunicaciones al 711 (voz y TTY). Además, la información del programa podría estar disponible en otros idiomas además del inglés.

Para presentar una queja por discriminación en el programa, complete el Formulario de Queja por Discriminación en el Programa del USDA, AD-3027, disponible en línea en Cómo Presentar una Queja por Discriminación en el Programa y en cualquier oficina del USDA, o escriba una carta dirigida al USDA e incluya en ella toda la información solicitada. Para solicitar una copia del formulario de queja, llame al (866) 632-9992. Envíe su formulario o carta completos al USDA por:

1. **Correo:**
   Servicio de Alimentos y Nutrición del USDA, 1320 Braddock Place, Sala 334 Alexandria, VA 22314 -o
2. **Correo electrónico:** FNSCIVILRIGHTSCOMPLAINTS@usda.gov

Esta institución es un proveedor con 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 online or at the local office.

FAA-1513A FLYSPA (05/26)