

**ARIZONA DEPARTMENT OF  
ECONOMIC SECURITY  
Family Assistance  
Administration  
VERIFICATION OF DISABILITY**

 **Local Office Return  
Address **  
***(Use the DES-166  
envelope)***

---

---

---

---

**See pages 13-26 for USDA/EOE/  
ADA/LEP/GINA disclosures  
Vea las páginas 13 y 26 para leer la  
declaración de EOE/ADA/LEP/GINA.**

**All information above Part A is to be completed by FAA.**

**Medical Assistance**

**Cash Assistance**

**Date of Request**

---

**Applicant/Patient's Name**  
***(Last, First, M.I.)***

---

**Case NO** \_\_\_\_\_

**Mail Drop** \_\_\_\_\_

**Worker's Name**

---

**Phone NO.** \_\_\_\_\_

**In order to determine eligibility for services for the person named above, the Department of Economic Security (DES) is requesting that you provide the following information.**

**Any information provided will be kept confidential except from this person and/or person's representative, unless you indicate that such**

**information would be detrimental to his/her well-being, or mental or physical health. In that case the information will be kept totally confidential.**

## **PART A. PATIENT'S/ APPLICANT'S AUTHORIZATION**

**I authorize the hospital, medical group, or above-named physician to release to DES, to be included in my permanent**

**file, any or all information, records, documents, reports, histories and charts relating to the medical treatment I have received.**

**I understand that I may revoke this authorization at any time. However, any information gathered prior to the revocation will remain in my permanent file.**

**Autorizo al hospital, grupo médico o doctor que aquí**

**aparece que le entregue al DES, para incluir en mi archivo permanente toda información, archivos, documentos, informes, historiales y diagramas relacionados al tratamiento médico que he recibido.**

**Entiendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento. Sin embargo, toda información conseguida antes de la revocación permanecerá**

**en mi archive  
permanente.**

**Printed Name (*Su nombre  
en letra de imprenta*)**

---

**Patient's Signature/Firma  
del paciente**

---

**Date/Fecha \_\_\_\_\_**

**REVOCACTION OF  
AUTHORIZATION**

**I wish to revoke the  
authorization granted  
above. Deseo revocar**

**está autorización.**

**Printed Name (*Su nombre en letra de imprenta*)**

---

**Patient's Signature / Firma del paciente**

---

**Date/ Fecha** \_\_\_\_\_

**PART B. MEDICAL  
INFORMATION TO BE  
COMPLETED BY MEDICAL  
PERSONNEL**

**1. Does the patient have**



**a physical or mental incapacity which prevents him/her from performing any substantially gainful employment?**

**Yes      No**

**2. If the term of incapacity can now be determined, please indicate when the patient will again be able to work?**

---

**3. If the term of incapacity cannot be determined at the present time, please indicate when (*month/year*) the patient needs to be re-examined and reevaluated.**

---

# **Diagnosis and Prognosis**

**Signature of Physician  
Authorized Medical  
Personnel**

---

**Printed Name of Physician  
Authorized Medical  
Personnel**

---

**Title *(Please print)***

---

**Phone NO.** \_\_\_\_\_

**Date** \_\_\_\_\_

**In accordance with Federal civil rights law and U.S. Department of Agriculture (USDA) civil rights regulations and policies, the USDA, its Agencies, offices, and employees, and institutions participating in or administering USDA programs are prohibited from discriminating based on race, color, national origin, sex, religious creed, disability, age, political beliefs, or reprisal or retaliation for prior civil rights activity in**

**any program or activity conducted or funded by USDA.**

**Persons with disabilities who require alternative means of communication for program information (e.g. Braille, large print, audiotape, American Sign Language, etc.), should contact the Agency (State or local) where they applied for benefits. Individuals who are deaf, hard of hearing or have speech disabilities may contact USDA through**

**the Federal Relay Service at (800) 877-8339.**

**Additionally, program information may be made available in languages other than English.**

**To file a program complaint of discrimination, complete the USDA Program Discrimination Complaint Form, (AD-3027) found online at: [http://www.ascr.usda.gov/complaint\\_filing\\_cust.html](http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html), and at any USDA office, or write a letter addressed to USDA and provide in the letter**

**all of the information requested in the form. To request a copy of the complaint form, call (866) 632-9992. Submit your completed form or letter to USDA by:**

- (1) mail: U.S. Department of Agriculture  
Office of the Assistant Secretary for Civil Rights  
1400 Independence Avenue, SW  
Washington, D.C.  
20250-9410;**



**(2) fax: (202) 690-7442;  
or**

**(3) email:**

**[program.intake@usda.gov](mailto:program.intake@usda.gov)**.

**This institution is an equal opportunity provider.**

**Equal Opportunity  
Employer/Program •  
Under Titles VI and VII  
of the Civil Rights Act of  
1964 (Title VI & VII),  
and the Americans with  
Disabilities Act of 1990  
(ADA), Section 504 of the  
Rehabilitation Act of 1973,**

**the Age Discrimination Act of 1975, and Title II of the Genetic Information Nondiscrimination Act (GINA) of 2008; the Department prohibits discrimination in admissions, programs, services, activities, or employment based on race, color, religion, sex, national origin, age, disability, genetics and retaliation. To request this document in alternative format or for further information about this**

**policy, contact your local office; TTY/TDD Services: 7-1-1. • Free language assistance for DES services is available upon request. • Disponible en español en línea o en la oficina local.**

---

**De conformidad con la Ley Federal de Derechos Civiles y los reglamentos y políticas de derechos civiles del Departamento de Agricultura de los EE. UU. (USDA, por sus siglas en inglés), se prohíbe que el USDA, sus agencias, oficinas, empleados e**

**instituciones que participan o administran programas del USDA discriminen sobre la base de raza, color, nacionalidad, sexo, credo religioso, discapacidad, edad, creencias políticas, o en represalia o venganza por actividades previas de derechos civiles en algún programa o actividad realizados o financiados por el USDA.**

**Las personas con discapacidades que necesiten medios alternativos para la**

**comunicación de la información del programa (por ejemplo, sistema Braille, letras grandes, cintas de audio, lenguaje de señas americano, etc.), deben ponerse en contacto con la agencia (estatal o local) en la que solicitaron los beneficios. Las personas sordas, con dificultades de audición o con discapacidades del habla pueden comunicarse con el USDA por medio del Federal Relay Service [Servicio Federal de Retransmisión]**

**llamando al (800) 877-8339. Además, la información del programa se puede proporcionar en otros idiomas. Para presentar una denuncia de discriminación, complete el Formulario de Denuncia de Discriminación del Programa del USDA, (AD-3027) que está disponible en línea en: [http://www.ascr.usda.gov/complaint\\_filing\\_cust.html](http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html) y en cualquier oficina del USDA, o bien escriba una carta dirigida al USDA e incluya en la carta toda la información**

**solicitada en el formulario.  
Para solicitar una copia del  
formulario de denuncia,  
llame al (866) 632-9992.  
Haga llegar su formulario  
lleno o carta al USDA por:**

**(1) correo: U.S. Department  
of Agriculture Office of  
the Assistant Secretary  
for Civil Rights**

**1400 Independence  
Avenue, SW**

**Washington, D.C.  
20250-9410;**

**(2) fax: (202) 690-7442; o**

**(3) correo electrónico:**  
**[program.intake@usda.gov](mailto:program.intake@usda.gov)**

**Esta institución es un proveedor que ofrece igualdad de oportunidades.**

**Agencias de DES/TANF son empleadores y programas de 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.**