

VERIFICACIÓN DE SITUACIÓN DE RESIDENCIA/DIRECCIÓN RESIDENCIAL

Fecha _____ Número D del trabajador _____

Nombre de Caso (*Apellido, Nombre, S.I.*) _____

Número de caso AZTECS _____ HEA ID _____

La persona cuyo nombre y firma aparecen a continuación ha solicitado su cooperación en divulgar la siguiente información. Por favor, llene y devuelva este formulario a más tardar (*Fecha*) _____

Por correo a: Arizona Department of Economic Security
 P.O. Box 19009
 Phoenix, AZ 85005-9009

O por FAX a: (602) 257-7031 o 1 (844) 680-9840

AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN

Autorizo y doy mi consentimiento para la divulgación de toda la información solicitada a continuación acerca de mi situación de residencia o mi persona.

Nombre del participante _____

Firma del participante _____ Fecha _____

ESTA SECCIÓN ES REQUERIDA PARA TODOS LOS PROGRAMAS

¿Cuál es la dirección actual de residencia? (*Núm., Calle*) _____

Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

POR FAVOR, INDIQUE LOS NOMBRES DE TODAS LAS PERSONAS QUE VIVEN EN LA DIRECCIÓN:

ESTA SECCIÓN SE REQUIERE PARA ASISTENCIA EN EFECTIVO, ASISTENCIA NUTRICIONAL Y ASISTENCIA ESTATAL

¿Cuánto es la renta o hipoteca pagada o facturada? (**Incluya los impuestos**) \$ _____

Pagada: Diario Semanal Mensual

¿Cómo se paga la renta/hipoteca? En efectivo Cheque Giro postal

Otro (Especifique) _____

¿Es alguna parte de la renta, hipoteca o los servicios públicos pagada por alguien que no sea el inquilino o el propietario?

Sí No Si contesto "Sí", explique: _____

¿Es alguna parte de la renta, hipoteca o los servicios públicos pagada a cambio de trabajo? Sí No

Si contesto "Sí", explique: _____

ESTA SECCIÓN SE REQUIERE SÓLO PARA ASISTENCIA NUTRICIONAL

¿Están incluidos los servicios públicos en la renta? Sí No

Si contesto "Sí", indique cuáles: Electricidad Gas Agua Otro (*especifique*) _____

¿Cómo calienta (calefacción central, estufa, chimenea) o refrigera (aire acondicionado, refrigerador evaporativo) su domicilio?

Juro bajo pena de perjurio que las declaraciones anteriores son verdaderas y correctas según mi leal saber y entender, y que no he omitido ninguna información.

Nombre de la persona que llena este formulario (*En letra de molde*) _____

Cargo o Relación _____ Código de área y Teléfono _____

Firma de la persona que llena este formulario _____ Fecha _____

INSTRUCCIONES PARA LLENAR FAA-0065A-S

VERIFICACIÓN DE SITUACIÓN DE RESIDENCIA/DIRECCIÓN RESIDENCIAL

A. Propósito. Para verificar lo siguiente en las solicitudes nuevas, las renovaciones y cuando se informe de un cambio en la situación de residencia:

Todos los programas: Dirección residencial y situación de residencia

CA, NA y ST: Renta

Sólo NA: Servicios públicos

Tenga en cuenta: La renta y los servicios públicos tienen que verificarse para el seguro médico de AHCCCS cuando los gastos exceden los ingresos (Expenses Exceed Income, EEI por sus siglas en inglés).

B. Cómo llenar el formulario:

El trabajador llena lo siguiente:

Fecha

Número D del trabajador

Nombre de Caso

Número de caso AZTECS

HEA ID

El solicitante llena lo siguiente:

Lee la AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN, escribe su nombre completo en letra de molde, firma y pone la fecha en el formulario.

Una persona que conoce las circunstancias del hogar, completa lo siguiente:

Llena el resto del formulario.

Escribe su nombre completo en letra de molde y proporciona su cargo o relación con el solicitante.

Proporciona su número de teléfono. Firma y pone la fecha en el formulario.

C. Distribución: Envíe por correo o fax a la organización o persona que proporciona la información. Una copia se retendrá en el archivo del caso.

D. Retención: La copia se retendrá en el archivo del caso con la solicitud actual hasta que se devuelva el original, en cuyo momento se eliminará y destruirá. El original se retendrá en el archivo del caso con la solicitud actual.

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

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.