

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

**Vea las páginas 9-10 para leer la
declaración de USDA/EOE/ADA**

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:**

**INDIQUE LOS NOMBRES DE TODAS
LAS PERSONAS QUE VIVEN EN LA
DIRECCIÓN
(CONTINUACIÓN):**

**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*) _____

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 al
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.

El USDA es un proveedor y empleador con 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.**
- **Available in English on-line or at the local office.**