

**ARIZONA DEPARTMENT OF  
ECONOMIC SECURITY  
Administración de  
Asistencia para Familias  
VERIFICACIÓN DE  
SITUACIÓN DE RESIDENCIA/  
DIRECCIÓN RESIDENCIAL**

**Fecha** \_\_\_\_\_

**Número D del trabajador**

\_\_\_\_\_

**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 propia persona.**

**Nombre del participante**

---

## Firma del participante

---

Fecha \_\_\_\_\_

**LAS SECCIONES DE A CONTINUACIÓN DEBEN LLENARSE POR EL PROPIETARIO O UNA PERSONA SIN PARENTESCO QUE NO VIVA EN EL HOGAR. ESTA SECCIÓN ES REQUERIDA PARA TODOS LOS PROGRAMAS**

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

---

**Ciudad** \_\_\_\_\_

**Estado** \_\_\_\_\_

**Código postal** \_\_\_\_\_

**POR FAVOR, LISTE LOS NOMBRES DE TODOS LOS QUE VIVEN EN ESTA 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*) \_\_\_\_\_**

**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**

**Caso**

**Número de caso AZTECS**

**HEA ID**

**El solicitante lee y llena lo siguiente:**

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

**El propietario o persona sin parentesco que no vive en el hogar, llena lo siguiente:**



**Llena el resto del formulario.**

**Escribe su nombre 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.**