

**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 10-13 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*)**

**¿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 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.**

**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:**

**[FNCSIVILRIGHTSCOMPLAINTS@  
usda.gov](mailto:FNCSIVILRIGHTSCOMPLAINTS@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.**