

ARIZONA DEPARTMENT OF ECONOMIC SECURITY

Administración de Asistencia para Familias

VERIFICACIÓN DE SITUACIÓN DE RESIDENCIA/ DIRECCIÓN RESIDENCIAL

Fecha _____

Número D del trabajador

**Vea la páginas 18-24 para
leer la declaración de EOE/
ADA**

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 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. Las personas con discapacidades que requieren 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 discapacidades del habla pueden comunicarse con el USDA por medio del Federal Relay Service (Servicio Federal de Retransmisión) al (800) 877-8339. Además, la información del programa se puede proporcionar en otros idiomas.

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:
[FNSCIVILRIGHTS
COMPLAINTS
@usda.gov](mailto:FNSCIVILRIGHTS
COMPLAINTS
@usda.gov)**

**Esta institución es
un proveedor que
ofrece 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.