

ARIZONA DEPARTMENT OF ECONOMIC SECURITY

Administración de Asistencia para Familias

VERIFICACIÓN DE SITUACIÓN DE RESIDENCIA/ DIRECCIÓN RESIDENCIAL

Fecha _____

Número D del trabajador

**Vea la página 17-19 para leer
la declaración de EOE/ADA**

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 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?
Dirección (*Núm., Calle*)**

Ciudad _____

**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

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

Case Name

AZTECS Case Number

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.