

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**

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?
Dirección (*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*)

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

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.