

Requestor Agency _____

ARIZONA DEPARTMENT OF ECONOMIC SECURITY
 Family Assistance Administration
 (Administración de Asistencia para Familias)

**TRIBAL- AUTHORITY TO RELEASE INFORMATION
 / AUTORIDAD TRIBAL PARA DIVULGAR
 INFORMACIÓN**

REQUESTOR'S INFORMATION

Name (Last, First, M.I.) / Nombre (Apellido, Nombre, S.I.) _____

Phone No. / Teléfono _____

FAX No. / Núm. de FAX _____

The person whose name and signature appear below has requested your cooperation in releasing the following information. Please complete and return this form within **3 business days** by fax or email.

La persona cuyo nombre y firma aparecen a continuación ha solicitado su cooperación para divulgar la siguiente información. Por favor, llene y devuelva este formulario dentro de los 3 días hábiles por fax o por correo electrónico.

**AUTHORIZATION TO RELEASE INFORMATION /
 AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN**

I hereby authorize and consent to the release of any and all information requested below concerning myself and my household's members to the requesting party above. The confidentiality of the information furnished will be preserved except where disclosure of this information is required by applicable law.

Por la presente, autorizo y consiento en que se divulge toda y cualquier información que se solicita a continuación acerca de mí y los miembros de mi hogar. Se mantendrá la confidencialidad de la información proporcionada, excepto cuando la ley aplicable exija la divulgación de esta información.

PARTICIPANT'S INFORMATION

Name (Last, First, M.I.) / Nombre (Apellido, Nombre, S.I.) _____

Soc.Sec.No or Date of Birth (DOB) / Núm.de Seg. Soc. o
 Fecha de nacimiento _____

Mailing Address (No., Street, City, State, ZIP) /
 Dirección Postal (Núm. Calle, Ciudad, Estado, C.P) _____

AZTECS No. / Núm.de AZTECS _____

Date of Request / Fecha de solicitud _____

Signature / Firma _____

PARTICIPANT'S INFORMATION

Name (Last, First, M.I.) / Nombre (Apellido, Nombre, S.I.) _____

Soc.Sec.No or Date of Birth (DOB) / Núm.de Seg. Soc. o
 Fecha de nacimiento _____

Mailing Address (No., Street, City, State, ZIP) /
 Dirección Postal (Núm. Calle, Ciudad, Estado, C.P) _____

AZTECS No. / Núm.de AZTECS _____

Date of Request / Fecha de solicitud _____

Signature / Firma _____

**DES OFFICE USE ONLY, DO NOT WRITE BELOW THIS LINE
 SOLO PARA EL USO DEL DES, NO ESCRIBA DEBAJO DE ESTA LÍNEA**

Benefit Type Cash Assistance (CA) N/A Monthly Amount \$ _____ Expiration / Renewal Date _____

Benefit Type Nutrition Assistance (NA) N/A Monthly Amount \$ _____ Expiration / Renewal Date _____

Names of Individuals Included in Case _____

Additional Comments _____

I certify that the information provided is correct to the best of my knowledge.

Name of DES Person Providing Information _____

Signature of DES Person Providing Information _____ Date _____

Title _____ Phone No. _____

The USDA is an equal opportunity provider and employer • DES/TANF Agencies are Equal Opportunity Employers/ Programs • Under Titles VI and VII of the Civil Rights Act of 1964 (Title VI & VII), and the Americans with Disabilities Act of 1990 (ADA), Section 504 of the Rehabilitation Act of 1973, the Age Discrimination Act of 1975, and Title II of the Genetic Information Nondiscrimination Act (GINA) of 2008; the Department prohibits discrimination in admissions, programs, services, activities, or employment based on race, color, religion, sex, national origin, age, disability, genetics and retaliation. To request this document in alternative format or for further information about this policy, contact your local office; TTY/TDD Services: 7-1-1. • Free language assistance for DES services is available upon request. • Disponible en español en línea o en la oficina local.

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.