ARIZONA DEPARTMENT OF ECONOMIC SECURITY
Family Assistance Administration

VERIFICATION OF DISABILITY

↳ **Local Office Return Address** ↴
(Use the DES-166 envelope)

Date of Request:	
Applicant/Patient's Name *(Last, First, M.I.)*:	
Case Number:	Mail Drop:
Worker's Name:	
Phone Number:	

All information above Part A is to be completed by FAA.

☐ **Medical Assistance**
☐ **Cash Assistance**

In order to determine eligibility for services for the person named above, the Department of Economic Security (DES) is requesting that you provide the following information. Any information provided will be kept confidential except from this person and/or person's representative, unless you indicate that such information would be detrimental to his/her well-being, or mental or physical health. In that case the information will be kept totally confidential.

PART A. PATIENT'S/APPLICANT'S AUTHORIZATION

I authorize the hospital, medical group, or above-named physician to release to DES, to be included in my permanent file, any or all information, records, documents, reports, histories and charts relating to the medical treatment I have received.

I understand that I may revoke this authorization at any time. However, any information gathered prior to the revocation will remain in my permanent file.

Autorizo al hospital, grupo médico o doctor que aquí aparece que le entregue al DES, para incluir en mi archivo permanente toda información, archivos, documentos, informes, historiales y diagramas relacionados al tratamiento médico que he recibido.

Entiendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento. Sin embargo, toda información conseguida antes de la revocación permanecerá en mi archive permanente.

Printed Name (*Su nombre en letra de imprenta*): _____

Patient's Signature/*Firma del paciente*: _____ Date/*Fecha*: _____

REVOCATION OF AUTHORIZATION

☐ **I wish to revoke the authorization granted above. *Deseo revocar está autorización.***

Printed Name (*Su nombre en letra de imprenta*): _____

Patient's Signature/*Firma del paciente*: _____ Date/*Fecha*: _____

PART B. MEDICAL INFORMATION TO BE COMPLETED BY MEDICAL PERSONNEL

1. Does the patient have a physical or mental incapacity which prevents him/her from performing any substantially gainful employment? ☐ Yes ☐ No
2. If the term of incapacity can now be determined, please indicate when the patient will again be able to work?

   _____
3. If the term of incapacity cannot be determined at the present time, please indicate when (month/year) the patient needs to be re-examined and reevaluated: _____

See page 2 for USDA/EOE/ADA disclosures
Vea la página 3 para leer la declaración de USDA/EOE/ADA

Diagnosis and Prognosis:

Signature of Physician Authorized Medical Personnel: _____

Printed Name of Physician Authorized Medical Personnel: _____

Title *(Please print)*: _____

Phone Number: _____ Date: _____

In accordance with federal civil rights law and U.S. Department of Agriculture (USDA) civil rights regulations and policies, this institution is prohibited from discriminating on the basis of race, color, national origin, sex (including gender identity and sexual orientation), religious creed, disability, age, political beliefs, or reprisal or retaliation for prior civil rights activity.

Program information may be made available in languages other than English. Persons with disabilities who require alternative means of communication to obtain program information (e.g., Braille, large print, audiotape, American Sign Language), should contact the agency (state or local) where they applied for benefits. Individuals who are deaf, hard of hearing or have speech disabilities may contact USDA through the Federal Relay Service at (800) 877-8339.

To file a program discrimination complaint, a Complainant should complete a Form AD-3027, USDA Program Discrimination Complaint Form which can be obtained online at https://www.usda.gov/sites/default/files/documents/ad-3027.pdf, from any USDA office, by calling (833) 620-1071, or by writing a letter addressed to USDA. The letter must contain the complainant's name, address, telephone number, and a written description of the alleged discriminatory action in sufficient detail to inform the Assistant Secretary for Civil Rights (ASCR) about the nature and date of an alleged civil rights violation. The completed AD-3027 form or letter must be submitted to:

1. **mail:**
   Food and Nutrition Service, USDA
   1320 Braddock Place, Room 334
   Alexandria, VA 22314; or
2. **fax:**
   (833) 256-1665 or (202) 690-7442; or
3. **email:**
   FNSCIVILRIGHTSCOMPLAINTS@usda.gov

This institution is an equal opportunity provider.

To request this document in alternative format or for further information about this policy, contact your local office; TTY/TDD Services: 7-1-1. • Disponible en español en línea o en la oficina local.

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:**
   FNSCIVILRIGHTSCOMPLAINTS@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.