

AGENCY USE
CASE NAME:
CASE NO.:
HEA ID:

AUTHORIZATION TO SHARE INFORMATION
AUTORIZACIÓN PARA COMPARTIR INFORMACIÓN

Applicant's Name (*Nombre de Solicitante*): _____

Date of Birth (*Fecha de Nacimiento*): _____ Social Security No. (*Núm. de Seguro Social*): _____

Address (*Dirección*): _____

City (*Ciudad*): _____ State (*Estado*): _____ ZIP Code (*Código Postal*): _____

I authorize the Department of Economic Security (DES) staff to release information to the individual or agency listed below. They may release only the following information:

- the fact that members of my family have AHCCCS Health Insurance coverage or that they have applied for coverage.
- a list of actions that I need to take or information that I need to provide for members of my family to become or remain eligible for AHCCCS Health Insurance, and
- the date of approval of AHCCCS Health Insurance if I am found eligible or the reason for ineligibility if I am found ineligible.

I authorize the person or agency listed below to inform DES staff when any change in my address, telephone number, income, or the members of my household becomes known to them. I understand that I still must relate these changes to DES no later than 10 days following the change.

These authorizations will remain valid for the current application for benefits only or until I cancel them. To cancel this authorization, call DES at 1-855-777-8590.

Signature: _____ Date: _____

Autorizo a el Department of Economic Security (DES) a revelar información a la persona o agencia indicada abajo. Ellos pueden revelar solamente la siguiente información:

- el hecho de que miembros de mi familia tiene(n) la cobertura de AHCCCS Health Insurance o que ha(n) solicitado cobertura, y
- una lista de las acciones que tengo que tomar o la información que tengo que darles para que miembros de mi familia, sean o queden elegibles para AHCCCS Health Insurance, y
- la fecha de la aprobación de AHCCCS Health Insurance si me encuentran elegible o la razón de la inelegibilidad si me encuentran inelegible.

Autorizo a la persona o agencia indicada abajo a informar a DES cuando sepan cualquier cambio de mi dirección, número telefónico, ingresos (pagos), o los familiares en mi hogar. Entiendo que todavía tengo que relatar estos cambios a DES no más adelante de 10 días que siguen el cambio.

Estas autorizaciones quedarán válidas hasta que yo las revoque. Para cancelar esta autorización llame el DES en 1-855-777-8590.

Firma: _____ Fecha: _____

Name of Person (*Nombre de Persona*): _____

Name of Agency (*Nombre de Agencia*): _____

Address (*Dirección*): _____

City (*Ciudad*): _____ State (*Estado*): _____ ZIP Code (*Código Postal*): _____

Phone No. (*Núm. de Teléfono*): _____

Completion Instructions for FAA-1145A AUTHORIZATION TO SHARE INFORMATION

- A. **PURPOSE:** By signing this form:
- (a) the adult who is requesting AHCCCS Medical Insurance coverage for him/herself, or for another person gives permission to DES to share specified information with the person or agency that is providing assistance in completing the application process;
 - (b) the person or agency is given permission to inform DES when specified changes become known to them.
- B. **COMPLETION:**
- CASE NAME:** Enter the name of the case Primary Informant (PI).
 - CASE NO.:** Enter the case number assigned by AZTECS.
 - HEA ID:** Enter the HEA ID assigned by HEAplus
 - APPLICANT'S NAME:** Enter the name of the adult requesting AHCCCS Medical Insurance coverage for him/herself, or for another person.
 - ADDRESS:** Enter the street address of the applicant.
 - CITY, STATE, ZIP:** Self-explanatory.
 - SIGNATURE/DATE:** Applicant is to sign and date.
 - NAME OF PERSON/NAME OF AGENCY:** Enter the name of the person and/or agency that will be sharing information with eligibility staff.
 - ADDRESS/CITY/STATE/ZIP:** Enter the information for the named person and/or agency.
 - TELEPHONE NO.:** Enter the telephone number of the person and/or agency.
- Submit this form with the application.
- C. **RETENTION:** Remains in the DES case file.

Equal Opportunity Employer / Program • 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.

Programa y Empleador con 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.