

VERIFICATION OF FINANCIAL ACCOUNTS

Date _____
Case Name <i>(Last, First, M.I.)</i> _____
AZTECS Case NO _____
HEA ID _____
Worker's D-Number _____
Agency _____

Return To:

Arizona Department of Economic Security
P.O. Box 19009
Phoenix, AZ 85005-9009

Or Fax To:

(602) 257-7031 or 1 (844) 680-9840

The person whose signature appears below has requested your cooperation in releasing the following information. Please verify any and all accounts and return this form within 10 days.

AUTHORIZATION TO RELEASE INFORMATION/AUTORIZACION PARA DAR INFORMACION

I hereby authorize and consent to the release of any and all information requested below concerning myself and my household's members to the Arizona Department of Economic Security (DES). 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 doy my consentimiento para que se entregue al Departamento de Seguro Económico de Arizona toda y cualquier información que se pide a continuación acerca de mí o de los miembros de mi hogar. Se mantendrá el carácter confidencial de la información provista, excepto cuando alguna ley pertinente requiera que se haga pública.

Applicant's Name *(Last, First, M.I.)* Nombre De Solicitante *(Apellido, Nombre, Inicial)*

Applicant's Signature/Firma De Solicitante _____ Date/Fecha _____

Name on Account *(if different)* _____ SOC. SEC. NO. _____

Address *(No., Street)* _____

City _____ State _____ ZIP Code _____

Spouse's Name _____ SOC. SEC. NO. _____

Address *(No., Street)* _____

City _____ State _____ ZIP Code _____

ACCOUNT NO.	DATE OF CURRENT STATEMENT/BALANCE	STATEMENT IS FOR WHAT MONTHS	HIGHEST BALANCE ON LAST STATEMENT	DIVIDENDS			INTEREST			DATE ACCOUNT OPENED/CLOSED
				MNTH	QTR	DATE POSTED	MNTH	QTR	DATE POSTED	
CHECKING										
SAVINGS										
OTHER										

Statements are Issued Monthly Quarterly Yearly Other

PLEASE PROVIDE THE SAME INFORMATION ON THE MINOR CHILDREN LISTED BELOW

NAME/ SOC.SEC.NO.	BIRTHDATE	ACCOUNT NO.	DIVIDENDS			INTEREST			BALANCE AS OF LAST STATEMENT	DATE ACCOUNT OPENED/ CLOSED
		TYPE OF ACCOUNT	MNTH	QTR	DATE POSTED	MNTH	QTR	DATE POSTED		

Financial Institution Representative's Signature _____ Date _____
 Title _____ Phone No. _____

In accordance with Federal civil rights law and U.S. Department of Agriculture (USDA) civil rights regulations and policies, the USDA, its Agencies, offices, and employees, and institutions participating in or administering USDA programs are prohibited from discriminating based on race, color, national origin, sex, religious creed, disability, age, political beliefs, or reprisal or retaliation for prior civil rights activity in any program or activity conducted or funded by USDA.

Persons with disabilities who require alternative means of communication for program information (e.g. Braille, large print, audiotape, American Sign Language, etc.), 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. Additionally, program information may be made available in languages other than English.

To file a program complaint of discrimination, complete the [USDA Program Discrimination Complaint Form](https://www.usda.gov/oascr/program-discrimination-complaint-filing), (AD-3027) found online at: <https://www.usda.gov/oascr/program-discrimination-complaint-filing>, and at any USDA office, or write a letter addressed to USDA and provide in the letter all of the information requested in the form. To request a copy of the complaint form, call (866) 632-9992. Submit your completed form or letter to USDA by:

- (1) mail: U.S. Department of Agriculture
 Director, Center for Civil Rights Enforcement
 1400 Independence Avenue, SW
 Washington, D.C. 20250-9410;
- (2) fax: (202) 690-7442; or
- (3) email: program.intake@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.

De conformidad con la Ley Federal de Derechos Civiles y los reglamentos y políticas de derechos civiles del Departamento de Agricultura de los EE. UU. (USDA, por sus siglas en inglés), se prohíbe que el USDA, sus agencias, oficinas, empleados e instituciones que participan o administran programas del USDA discriminen sobre la base de raza, color, nacionalidad, sexo, discapacidad, edad, o en represalia o venganza por actividades previas de derechos civiles en algún programa o actividad realizados o financiados por el USDA.

Las personas con discapacidades que necesiten medios alternativos para la comunicación de la información del programa (por ejemplo, sistema Braille, letras grandes, cintas de audio, lenguaje de señas americano, etc.), deben ponerse en contacto con la agencia (estatal o local) en la que solicitaron los beneficios. Las personas sordas, con dificultades de audición o discapacidades del habla pueden comunicarse con el USDA por medio del Federal Relay Service [Servicio Federal de Retransmisión] al (800) 877-8339. Además, la información del programa se puede proporcionar en otros idiomas.

Para presentar una denuncia de discriminación, complete el [Formulario de Denuncia de Discriminación del Programa del USDA](#), (AD-3027) que está disponible en línea en: <https://www.usda.gov/oascr/program-discrimination-complaint-filing> y en cualquier oficina del USDA, o bien escriba una carta dirigida al USDA e incluya en la carta toda la información solicitada en el formulario. Para solicitar una copia del formulario de denuncia, llame al (866) 632-9992. Haga llegar su formulario lleno o carta al USDA por:

- (1) correo: U.S. Department of Agriculture
Director, Center for Civil Rights Enforcement
1400 Independence Avenue, SW
Washington, D.C. 20250-9410;
- (2) fax: (202) 690-7442; o
- (3) correo electrónico: program.intake@usda.gov.

Esta institución es un proveedor que ofrece 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.