

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, 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, audiotope, 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:
FNCSIVILRIGHTSCOMPLAINTS@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 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 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.