

NAME AND ADDRESS CHANGE REQUEST

To change your address or phone number, complete and sign this form, return it to the address or fax shown above. For tax purposes, please keep your address and personal information up to date even if you are not currently filing claims. If you need to **CHANGE YOUR NAME**, return this form to the Department with proof of name change documents (copy of marriage license, divorce decree, etc.) to the address shown above.

CLAIMANT INFORMATION

Name Claim Filed Under (*Last, First, M.I.*) _____ Social Security Number _____

New Legal Name (*Last, First, M.I.*) _____

New Address (*No., Street, P.O. Box*) _____

City _____ State _____ Zip Code _____ Phone Number _____

CLAIMANT'S SIGNATURE _____ DATE _____

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. The Department must make a reasonable accommodation to allow a person with a disability to take part in a program, service, or activity. Auxiliary aids and services are available upon request to individuals with disabilities. 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.

PETICIÓN DE CAMBIO DE NOMBRE Y DOMICILIO

Para cambiar su dirección o número de teléfono, llene y firme este formulario y devuélvalo a la dirección arriba indicada. Para fines fiscales, por favor mantenga actualizada su dirección e información personal, aún cuando usted no esté presentando reclamos. Si usted necesita **CAMBIAR SU NOMBRE**, devuelva este formulario al Departamento junto con los documentos que comprueban el cambio de nombre (copia de la partida de matrimonio, sentencia de divorcio, etc.) a la dirección arriba indicada.

INFORMACIÓN DEL RECLAMANTE

Nombre bajo el cual esta el reclamo (*Apellido, nombre, inicial*) _____ Número de seguro social _____

Nuevo nombre legal (*Apellido, nombre de pila, inicial*) _____

Nuevo domicilio (*Núm., calle, apartado postal*) _____

Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____ Número de teléfono _____

FIRMA DEL RECLAMANTE _____ FECHA _____

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 el empleo basado en raza, color, religión, sexo, origen, edad, discapacidad, genética y represalias. El Departamento tiene que hacer las adaptaciones razonables para permitir que una persona con una discapacidad participe en un programa, servicio o actividad. Servicios y ayudantes auxiliares para personas con discapacidades están disponibles a petición. 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.