

Arizona Department of
Economic Security
Family Assistance Administration
Verification of Disability

Participant Information

Name (*Last, First, M.I.*):

AZTECS Case Number:

HEAplus App ID:

See pages 11-15 for USDA/
EOE/ADA disclosures

*Vea la páginas 16-20 para leer la
declaración de USDA/EOE/ADA*

Address:

City: _____

State: _____ ZIP Code: _____

Programs Requested

Medical Assistance

Cash Assistance

Participant's Authorization

I authorize the program, hospital, medical group, or qualified professional to release to DES information about my condition, temporary or permanent, that impedes my participation in employment or a work program.

Qualified professionals include and are not limited to any of the following:

Physicians, physician's assistants, nurses, nurse practitioners, designated representatives of a physician's office, licensed or certified psychologists, and social workers.

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.

Por la presente, autorizo al

programa, hospital, grupo médico o profesionalista cualificado/a a divulgar al DES la información sobre mi condición provisional o permanente que impide que participe en empleo o programa de trabajo.

Entre los profesionistas cualificados se incluyen los siguientes:

médicos, asistentes de médicos, enfermeros, enfermeros prácticos, representantes designados de consultorios médicos, sicólogos con cédula (licencia) o certificados, y trabajadores sociales.

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

If you are completing this form electronically, typing your signature will constitute a valid signature.

Si está completando este formulario de manera electrónica, escribir su firma constituirá una firma válida.

Print Name (*Su nombre el letra de imprenta*):

Date/*Fecha*: _____

Signature/*Firma del paciente*:

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

Print Name (*Su nombre el letra de imprenta*):

Date/*Fecha*: _____

Signature/*Firma del paciente:*

**Medical Information
Completed by Qualified
Professional**

Instructions: 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 their well-being, or mental or physical health. In that case the information will be kept totally confidential.

1. Does the person named above have a temporary or permanent physical or mental condition or an illness which prevents the person from performing any gainful employment or participating in work preparation activities?

Yes No

2. Can the length of the physical or mental condition or illness be projected? Yes No

When yes, please indicate the expected length of time in terms of months or years:

3. When the length of the physical or mental condition or illness cannot be determined now, please indicate by month and year when the person needs to be re-examined and re-evaluated.
-

4. Diagnosis and Prognosis:

**Qualified Professional's
Information and Signature**

Printed Name:

Title: _____

If you are completing this form electronically, typing your signature will constitute a valid signature.

Signature: _____

Date: _____

In accordance with federal civil rights law and U.S. Department of Agriculture (USDA) civil rights regulations and policies, the USDA, its agencies, offices,

employees, and institutions participating in or administering USDA programs are prohibited from discriminating based on race, color, national origin, religion, sex, disability, age, marital status, family/parental status, income derived from a public assistance program, political beliefs, or reprisal or retaliation for prior civil rights activity, in any program or activity conducted or funded by USDA (not all bases apply to all programs). Remedies and complaint filing deadlines vary by program or incident.

Persons with disabilities who require alternative means of communication for program information (e.g., braille, large print, audiotape, American Sign Language) should contact the responsible State or local Agency that administers the program or contact USDA through the Telecommunications Relay Service at 711 (voice and TTY). Additionally, Program information may be made available in languages other than English.

To file a program discrimination complaint, complete the

USDA Program Discrimination Complaint Form, [AD-3027](#), found online at How to File a Program Discrimination Complaint 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:** USDA Food and Nutrition Service, 1320 Braddock Place, Room 334 Alexandria, VA 22314; or

2. **Email:**

[FNSCIVILRIGHTS](mailto:FNSCIVILRIGHTS@usda.gov)

[COMPLAINTS@usda.gov](mailto:FNSCIVILRIGHTS@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

De conformidad con la leyes federal de derechos civiles y las normas y políticas del USDA en materia de derechos civiles el USDA, sus agencias, oficinas, empleados e instituciones que participan en, o administren programas del USDA tienen prohibido discriminar por motivos de raza, color, nacionalidad, religión, sexo, discapacidad, edad, estado civil, situación familiar o parental, ingresos provenientes de un programa de asistencia pública, creencias políticas o represalias o venganza por actividades

previas en materia de derechos civiles, en cualquier programa o actividad realizada o financiada por el USDA (no todos los bases se aplican a todos los programas). Los plazos para presentar recursos y quejas varían según el programa o incidente.

Las personas con discapacidad que necesiten medios alternativos de comunicación para obtener información de programa (por ejemplo, Braille, letra grande, audio, lenguaje de señas americano, etc.) deben comunicarse con

la agencia estatal o local que administra el programa o con el USDA a través el Servicio de Retransmisión de Telecomunicaciones al 711 (voz y TTY). Además, la información del programa podría estar disponible en otros idiomas además del inglés.

Para presentar una queja por discriminación en el programa, complete el Formulario de Queja por Discriminación en el Programa del USDA, [AD-3027](#), disponible en línea en [Cómo Presentar una Queja por Discriminación en el Programa](#)

y en cualquier oficina del USDA, o escriba una carta dirigida al USDA e incluya en ella toda la información solicitada. Para solicitar una copia del formulario de queja, llame al (866) 632-9992. Envíe su formulario o carta completos al USDA por:

1. Correo:

Servicio de Alimentos y
Nutrición del USDA
1320 Braddock Place Sala
334
Alexandria, VA 22314

-0-

2. Correo electrónico:

[FNSCIVILRIGHTS
COMPLAINTS@usda.gov](mailto:FNSCIVILRIGHTS@usda.gov)

Esta institución es un proveedor con 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.