

VERIFICACIÓN DE SITUACIÓN DE RESIDENCIA/DIRECCIÓN RESIDENCIAL

Fecha _____ Número D del trabajador _____

Caso (*Apellido, Nombre, S.I.*) _____

Número de caso AZTECS _____ HEA ID _____

La persona cuyo nombre y firma aparecen a continuación ha solicitado su cooperación en divulgar la siguiente información. Por favor, llene y devuelva este formulario a más tardar (*Fecha*) _____

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

O por FAX a: (602) 257-7031 o 1 (844) 680-9840

AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN

Autorizo y doy mi consentimiento para la divulgación de toda la información solicitada a continuación acerca de mi situación de residencia o mi propia persona.

Nombre del participante _____

Firma del participante _____ Fecha _____

LAS SECCIONES DE A CONTINUACIÓN DEBEN LLENARSE POR EL PROPIETARIO O UNA PERSONA SIN PARENTESCO QUE NO VIVA EN EL HOGAR ESTA SECCIÓN ES REQUERIDA PARA TODOS LOS PROGRAMAS

¿Cuál es la dirección actual de residencia? (*Núm., Calle*) _____

Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

POR FAVOR, LISTE LOS NOMBRES DE TODOS LOS QUE VIVEN EN ESTA DIRECCIÓN:

ESTA SECCIÓN SE REQUIERE PARA ASISTENCIA EN EFECTIVO, ASISTENCIA NUTRICIONAL Y ASISTENCIA ESTATAL

¿Cuánto es la renta o hipoteca pagada o facturada? (**Incluya los impuestos**) \$ _____

Pagada: Diario Semanal Mensual

¿Cómo se paga la renta/hipoteca? En efectivo Cheque Giro postal

Otro (Especifique) _____

¿Es alguna parte de la renta, hipoteca o los servicios públicos pagada por alguien que no sea el inquilino o el propietario?

Sí No Si contesto "Sí", explique: _____

¿Es alguna parte de la renta, hipoteca o los servicios públicos pagada a cambio de trabajo? Sí No

Si contesto "Sí", explique: _____

ESTA SECCIÓN SE REQUIERE SÓLO PARA ASISTENCIA NUTRICIONAL

¿Están incluidos los servicios públicos en la renta? Sí No

Si contesto "Sí", indique cuáles: Electricidad Gas Agua Otro (*especifique*) _____

Juro bajo pena de perjurio que las declaraciones anteriores son verdaderas y correctas según mi leal saber y entender, y que no he omitido ninguna información.

Nombre de la persona que llena este formulario (*En letra de molde*) _____

Cargo o Relación _____ Código de área y Teléfono _____

Firma de la persona que llena este formulario _____ Fecha _____

INSTRUCCIONES PARA LLENAR FAA-0065A-S

VERIFICACIÓN DE SITUACIÓN DE RESIDENCIA/DIRECCIÓN RESIDENCIAL

A. Propósito. Para verificar lo siguiente en las solicitudes nuevas, las renovaciones y cuando se informe de un cambio en la situación de residencia:

Todos los programas: Dirección residencial y situación de residencia

CA, NA y ST: Renta

Sólo NA: Servicios públicos

Tenga en cuenta: La renta y los servicios públicos tienen que verificarse para el seguro médico de AHCCCS cuando los gastos exceden los ingresos (Expenses Exceed Income, EEI por sus siglas en inglés).

B. Cómo llenar el formulario:

El trabajador llena lo siguiente:

Fecha

Número D del trabajador

Caso

Número de caso AZTECS

HEA ID

El solicitante lee y llena lo siguiente:

Lee la AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN, escribe su nombre en letra de molde, firma y pone la fecha en el formulario.

El propietario o persona sin parentesco que no vive en el hogar, llena lo siguiente:

Llena el resto del formulario.

Escribe su nombre en letra de molde y proporciona su cargo o relación al solicitante.

Proporciona su número de teléfono. Firma y pone la fecha en el formulario.

C. Distribución: Envíe por correo o fax a la organización o persona que proporciona la información. Una copia se retendrá en el archivo del caso.

D. Retención: La copia se retendrá en el archivo del caso con la solicitud actual hasta que se devuelva el original, en cuyo momento se eliminará y destruirá. El original se retendrá en el archivo del caso con la solicitud actual.

El USDA es un proveedor y empleador con igualdad de oportunidades • Agencias de DES/TANF son empleadores y programas de 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. • Available in English on-line or at the local office.