

ARIZONA DEPARTMENT OF ECONOMIC SECURITY
Child Care Administration

**AUTHORITY TO
RELEASE INFORMATION**

↔ **Local Office Return Address** ↔

(Use the DES-166 envelope)

Date _____
Case Name (Last, First, M.I.) _____

ID NO _____
Child Care Specialist's Name _____

Phone NO. _____
FAX NO. _____

The person whose name and signature appear below has requested your cooperation in releasing the following information. Please complete and return this form within 10 days in the enclosed, pre-addressed envelope.

La persona cuyo nombre y firma aparecen abajo, ha solicitado su cooperación para divulgar la siguiente información. Favor de llenar y devolver este formulario dentro de 10 días en el sobre predirigido que está incluido.

AUTHORIZATION TO RELEASE INFORMATION/AUTORIZACION PARA DIVULGAR INFORMACION

I hereby authorize and consent to the release of any and all information requested below concerning myself 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 mi consentimiento para que se divulgue al Departamento de Seguridad Económica de Arizona cualquier y toda información acerca de mí solicitada a continuación. Se mantendrá la confidencialidad de la información proporcionada, excepto cuando alguna ley pertinente exija la divulgación de esta información.

Client's Name (Last, First, M.I.)/Nombre del cliente (Apellido, Nombre, Inicial)

Client's Signature/Firma del cliente _____ Date/Fecha _____

Address (No., Street)/Dirección (Núm., Calle) _____

City/Ciudad _____ State/Estado _____ ZIP Code/Código postal _____

Soc. Sec. No./Número de Seguro Social (Optional/Opcional) _____

EMPLOYMENT / INCOME VERIFICATION / VERIFICACIÓN DE INGRESOS Y/O EMPLEO

INCOME VERIFICATION (SPECIFY TYPE) / VERIFICACIÓN DE INGRESOS (ESPECIFIQUE EL TIPO)

OTHER (SPECIFY TYPE) / OTRO (ESPECIFIQUE EL TIPO)

I certify that the information provided is correct to the best of my knowledge. Certifico que la información proporcionada es correcta según mi leal saber y entender.

Signature of Person Providing Information/Firma de la persona que proporciona la información

Title/Puesto _____ Phone No./Teléfono _____ Date/Fecha _____

Equal Opportunity Employer / Program • 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 602-542-4248; TTY/TDD
Services: 7-1-1.

Programa y Empleador con Igualdad de Oportunidades • 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, llame al 602-542-4248; Servicios de TTY/TDD: 7-1-1 • Available in English online or at the
local office.