

VERIFICACIÓN DE ARREGLOS DE VIVIENDA/DIRECCIÓN RESIDENCIAL

Caso (*Apellido, Nombre, S.I.*) _____ Núm. de caso. _____

Dirección de la oficina local (*Núm., Calle*) _____

Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

Nombre del EI _____ Buzón _____ Unidad _____

Código de área y Número de teléfono _____ Fecha _____

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*) _____ al Department of Economic Security (Departamento de Seguridad Económica) en el sobre predirigido.

AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN

Autorizo y doy mi consentimiento para la divulgación de toda la información solicitada a continuación sobre mi arreglo de vivienda o mi propia persona.

Nombre del participante _____

Firma del participante _____ Fecha _____

LAS SECCIONES SIGUIENTES 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 la residencia? (*Núm., Calle*) _____

Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

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

ESTA SECCIÓN ES REQUERIDA PARA LA ASISTENCIA EN EFECTIVO, ASISTENCIA NUTRICIONAL Y ASISTENCIA ESTATAL

¿Cuánto es la renta/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, la 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, la hipoteca o los servicios públicos pagada a cambio de trabajo? Sí No

Si contesto "Sí", explique: _____

ESTA SECCIÓN ES REQUERIDA SÓLO PARA LA ASISTENCIA NUTRICIONAL

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

Si contesto "Sí", indique cuáles: Electricidad Gas Agua

Otro (*especifique*) _____

¿Qué se usa para calentar y/o enfriar la residencia? _____

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 Núm. de Teléfono _____

Firma de la persona que llena este formulario _____ Fecha _____

INSTRUCCIONES PARA LLENAR EL FORMULARIO FA-065-FFS VERIFICACIÓN DE ARREGLOS DE VIVIENDA/DIRECCIÓN RESIDENCIAL

A. Propósito. Para verificar lo siguiente en las solicitudes nuevas, las renovaciones y cuando se informe de un cambio en los arreglos de vivienda:

Todos los programas: Dirección residencial y arreglos de vivienda

CA, NA y ST: Obligaciones del inquilino

Sólo NA: Servicios públicos

Nota: Las obligaciones del inquilino 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:

CASO

NÚM. DE CASO

DIRECCIÓN DE LA OFICINA LOCAL

NOMBRE DEL EI (Entrevistador de Elegibilidad)

BUZÓN (Mail Drop en inglés)

UNIDAD

CÓDIGO DE ÁREA Y NÚMERO DE TELÉFONO

FECHA

El solicitante lee y llena lo siguiente:

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

El propietario o la 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 e indica 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 online or at the local office.

De conformidad con la Ley de Derechos Civiles Federal y las normas y políticas sobre los derechos civiles del Departamento de Agricultura de los EE. UU. (USDA, por sus siglas en inglés), se prohíbe que el USDA, sus agencias, oficinas, empleados e instituciones que participan o administran programas del USDA discriminen basado en raza, color, nacionalidad, sexo, discapacidad, edad, o en represalia o venganza por actividad previa de derechos civiles en algún programa o actividad administrado o financiado por el USDA.

Las personas con discapacidades que requieren medios alternativos de comunicación para recibir información del programa (por ejemplo, sistema Braille, letras grandes, cintas de audio, lenguaje de señas americano, etc.), deben ponerse en contacto con la agencia (estatal o local) en la que solicitaron los beneficios. Las personas sordas, con dificultades de audición o discapacidades del habla pueden comunicarse con el USDA por medio del Federal Relay Service [Servicio Federal de Retransmisión] al (800) 877-8339. Además, la información del programa se puede proporcionar en otros idiomas.

Para presentar una denuncia de discriminación, llene el [Formulario de Denuncia de Discriminación del Programa del USDA](#), (AD-3027) que está disponible en línea en: http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html, y en cualquier oficina del USDA, o bien escriba una carta dirigida al USDA e incluya en la carta toda la información solicitada en el formulario. Para solicitar una copia del formulario de denuncia, llame al (866) 632-9992. Presente su formulario llenado o su carta al USDA por:

(1) correo: U.S. Department of Agriculture
Office of the Assistant Secretary for Civil Rights
1400 Independence Avenue, SW
Washington, D.C. 20250-9410;

(2) fax: (202) 690-7442; o

(3) correo electrónico: program.intake@usda.gov.

Esta institución es un proveedor que ofrece igualdad de oportunidades.