

ARIZONA DEPARTMENT OF ECONOMIC SECURITY
Family Assistance Administration

**VERIFICATION OF UNFITNESS FOR
WORK FOR ADULTS**

✈ **Local Office Return Address** ↗

(Use the DES-166 envelope)

Date _____	
Applicant/Patient's Name (Last, First, M.I.) _____	
Case NO _____	Mail Drop _____
Worker's Name _____	
Phone NO. _____	

All information above Part A is to be completed by DES Staff. (La información anterior tiene que llenarse por el personal del DES) In order 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.

Con fin de establecer la elegibilidad para recibir servicios de la persona arriba nombrada, el Department of Economic Security (*Departamento de Seguridad Económica, DES por sus siglas en inglés*) solicita que usted proporcione la siguiente información. Cualquier información proporcionada será confidencial, con excepción de esta persona y/o el representante de la persona.

PART A. PATIENT'S/APPLICANT'S AUTHORIZATION (AUTORIZACIÓN DEL SOLICITANTE O PACIENTE)

I authorize the program, hospital, medical group, or below named qualified professional to release to DES information about my condition or circumstance, temporary or permanent, that makes me unfit to work or impedes my participation in employment or work preparation activities. 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.

Qualified Professionals are physicians, physician's assistants, nurses, nurse practitioners, designated representatives of a physician's office, licensed or certified psychologists, social workers, or other medical personnel.

Autorizo al programa, Hospital Medical Group, o al profesional cualificado nombrado a continuación para liberar al DES la información sobre mi condición o circunstancia, temporal o permanente, que me hace incapacitado para el trabajo, o que impide mi participación en las actividades de preparación para el empleo o el trabajo. Entiendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento. Sin embargo, cualquier información recogida con anterioridad a la revocación permanente quedará en mi expediente.

Los **profesionales cualificados** son médicos, asistentes médicos, enfermeras, practicantes de enfermería, representantes designados de un consultorio médico, psicólogos acreditados o certificados, trabajadores sociales, u otro personal médico.

Printed Name (Su nombre en letra de molde) _____

Signature (Su firma) _____ Date/Fecha _____

REVOCACTION OF AUTHORIZATION (REVOCACIÓN DE LA AUTORIZACIÓN)

I wish to revoke the authorization granted above. / Deseo revocar esta autorización

**PART B. INFORMATION TO BE COMPLETED BY QUALIFIED PROFESSIONAL
(INFORMACIÓN A LLENARSE POR UN PROFESIONAL CUALIFICADO)**

- Does the person/applicant have a condition, circumstance, illness or disability, temporary or permanent, that makes him or her physically or mentally unfit for work, or impedes his or her ability to participate in employment or work preparation activities? Yes No

¿Tiene la persona o solicitante una condición, circunstancia, enfermedad o discapacidad, temporal o permanente, que le hace físicamente o mentalmente incapacitado para el trabajo, o le impide de participar en las actividades de empleo o preparación laboral? Sí No

2. Can the duration of the condition, circumstance, illness or disability be projected? Yes No

If yes, please indicate the expected duration in terms of days, months or years: _____

¿Puede pronosticarse la duración de la condición, circunstancia, enfermedad o discapacidad? Sí No

En caso afirmativo, por favor indique la duración esperada en términos de días, meses, o años: _____

3. If the duration of the condition, circumstance, illness or disability cannot be determined at the present time, please indicate when (*month/year*) the person/applicant needs to be re-examined and reevaluated. _____

Si no se puede determinar la duración de la condición, circunstancia, enfermedad o discapacidad en el presente, por favor indique cuando (*mes/año*) la persona o el solicitante necesitan volver a ser examinados y evaluados.

Signature of Qualified Professional (*Firma del profesional cualificado*) _____

Printed Name of Qualified Professional (*Nombre del profesional cualificado*) _____

Title (*Please print*) (*Título, por favor escriba en letra de molde*) _____

Phone NO. (*Núm. de teléfono*) _____ Date (*Fecha*) _____

In accordance with Federal civil rights law and U.S. Department of Agriculture (USDA) civil rights regulations and policies, the USDA, its Agencies, offices, and employees, and institutions participating in or administering USDA programs are prohibited from discriminating based on race, color, national origin, sex, religious creed, disability, age, political beliefs, or reprisal or retaliation for prior civil rights activity in any program or activity conducted or funded by USDA.

Persons with disabilities who require alternative means of communication for program information (e.g. Braille, large print, audiotape, American Sign Language, etc.), should contact the Agency (State or local) where they applied for benefits. Individuals who are deaf, hard of hearing or have speech disabilities may contact USDA through the Federal Relay Service at (800) 877-8339. Additionally, program information may be made available in languages other than English.

To file a program complaint of discrimination, complete the USDA Program Discrimination Complaint Form, (AD-3027) found online at: http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html, 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: 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; or

(3) email: program.intake@usda.gov.

This institution is an equal opportunity provider.

DES/TANF Agencies are Equal Opportunity Employers/Programs • 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. 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. Disponible en español en línea o en la oficina local.

De conformidad con la Ley Federal de Derechos Civiles y los reglamentos y políticas de 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 sobre la base de raza, color, nacionalidad, sexo, discapacidad, edad, o en represalia o venganza por actividades previas de derechos civiles en algún programa o actividad realizados o financiados por el USDA.

Las personas con discapacidades que necesiten medios alternativos para la comunicación de la 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, complete 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. Haga llegar su formulario lleno o 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.

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.