

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)**

1. 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, this institution is prohibited from discriminating on the basis of race, color, national origin, sex (including gender identity and sexual orientation), religious creed, disability, age, political beliefs, or reprisal or retaliation for prior civil rights activity.

Program information may be made available in languages other than English. Persons with disabilities who require alternative means of communication to obtain program information (e.g., Braille, large print, audiotope, American Sign Language), 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.

To file a program discrimination complaint, a Complainant should complete a Form AD-3027, USDA Program Discrimination Complaint Form which can be obtained online at <https://www.usda.gov/sites/default/files/documents/ad-3027.pdf>, from any USDA office, by calling (833) 620-1071, or by writing a letter addressed to USDA. The letter must contain the complainant's name, address, telephone number, and a written description of the alleged discriminatory action in sufficient detail to inform the Assistant Secretary for Civil Rights (ASCR) about the nature and date of an alleged civil rights violation. The completed AD-3027 form or letter must be submitted to:

1. mail:

Food and Nutrition Service, USDA
1320 Braddock Place, Room 334
Alexandria, VA 22314; or

2. fax:

(833) 256-1665 or (202) 690-7442; or

3. email:

FNSCIVILRIGHTSCOMPLAINTS@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.

De acuerdo con la ley federal de derechos civiles y las normas y políticas de derechos civiles del Departamento de Agricultura de los Estados Unidos (USDA), esta entidad está prohibida de discriminar por motivos de raza, color, origen nacional, sexo (incluyendo identidad de género y orientación sexual), credo religioso, discapacidad, edad, creencias políticas, o represalia retorsión por actividades previas de derechos civiles.

La información sobre el programa puede estar disponible en otros idiomas que no sean el inglés. Personas con discapacidad que requieran medios alternos de comunicación para obtener información sobre el programa (por ejemplo, Braille, letra grande, cinta de audio, lenguaje de señas americano), debe ponerse en contacto con la agencia (estatal o local) donde solicitaron los beneficios. Las personas sordas, con dificultades auditivas o con discapacidades del habla pueden comunicarse con el USDA a través del Servicio Federal de Retransmisión al (800) 877-8339.

Para presentar una queja por discriminación en el programa, el reclamante debe llenar un formulario AD-3027, formulario de queja por discriminación en el programa del USDA que puede obtenerse en línea en: <https://www.usda.gov/sites/default/files/documents/ad-3027s.pdf>, en cualquier oficina del USDA, llamando al (833) 620-1071, o escribiendo una carta dirigida al USDA. La carta debe contener el nombre del demandante, la dirección, el número de teléfono y una descripción escrita de la acción discriminatoria alegada con suficiente detalle para informar al Subsecretario de Derechos Civiles (ASCR) sobre la naturaleza y fecha de una presunta violación de derechos civiles. El formulario AD-3027 completado o la carta debe presentarse por:

1. correo:

Food and Nutrition Service, USDA
1320 Braddock Place, Room 334
Alexandria, VA 22314; o

2. fax:

(833) 256-1665, o (202)-690-7442; o bien por

3. correo electrónico:

FNSCIVILRIGHTSCOMPLAINTS@usda.gov

Esta entidad es un proveedor que brinda 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.