

ARIZONA DEPARTMENT OF ECONOMIC SECURITY
Family Assistance Administration

↶ Local Office Return Address ↷

VERIFICATION OF VOLUNTEER HOURS

Date _____	Case NO _____
Case Name (Last, First, M.I.) _____	
Worker's Name _____	
Phone No. _____	FAX No. _____

The person whose name and signature appears below, or on the attached copy of the signature page of the DES/FAA Application, has requested your cooperation in releasing the following information. Please complete and return this form via fax to the number written above or in the enclosed envelope **within 10 days** from the end of the month in which the hours were worked.

AUTHORIZATION TO RELEASE INFORMATION/AUTORIZACION PARA DAR INFORMACION

I hereby authorize release of any and all information requested below concerning myself and my household members to the Arizona Department of Economic Security. *Por la presente autorizo y doy my consentimiento para que se entregue al Departamento de Seguro Económico de Arizona toda y cualquier información que se pide a continuación acerca de mí o de los miembros de mi hogar.*

Volunteer Household Member's Name (Last, First, M.I.) / Nombre de Miembro Voluntario del Hogar
(con letra de imprenta, su apellido, nombre, inicial) _____

Volunteer's Soc. Sec. No. / No De Seg Soc. De Los Voluntarios _____

Volunteer Household Member's Signature / Firma del Miembro Empleado del Hogar Date / Fecha

Signed release attached. A photocopy or facsimile of a client's or employee's signature shall be treated as an original signature.

VOLUNTEER ORGANIZATION

Name of Organization _____

Address (No., Street, City, State, ZIP) _____

No. Hours Volunteered per Month (If Hours per Month Vary, Indicate the Average) _____

Organization Phone No. _____ Print Name of Person Completing Form _____

Signature of Person Completing Form Date

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.

Esta entidad es un proveedor que brinda igualdad de oportunidades.

gencias 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.