UB-108-FF (6-08)

ARIZONA DEPARTMENT OF ECONOMIC SECURITY
Employment Administration
P.O. Box 29225 • Phoenix, AZ 85038

NAME AND ADDRESS CHANGE REQUEST

If you are currently filing for Unemployment Insurance and you CHANGE YOUR NAME, return this form to the Department with proof of name change documents (copy of marriage license, divorce decree, etc) to the address shown above.

If you are currently filing or have recently filed and need to inform the Department of an address change, complete this form and return to the address shown above. If you file your weekly claims by mail you may return this form with your weekly claim. You may also complete a change of address by contacting the Arizona Reemployment Rapid Access (ARRA) office. Refer to your "Guide to Arizona Benefits" (PAU-007-M) pamphlet for telephone numbers.

NAME CLAIM FILED UNDER *(Last, First, M.I.)*	SOC. SEC. NO.

NEW LEGAL NAME *(Last, First, M.I.)*

NEW ADDRESS *(No. Street, P.O. Box, City, State, Zip)*

CLAIMANT'S SIGNATURE	PHONE NO.	DATE

Equal Opportunity Employer/Program ◆ 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, and the Age Discrimination Act of 1975, the Department prohibits discrimination in admissions, programs, services, activities, or employment based on race, color, religion, sex, national origin, age, and disability. The Department must make a reasonable accommodation to allow a person with a disability to take part in a program, service or activity. For example, this means if necessary, the Department must provide sign language interpreters for people who are deaf, a wheelchair accessible location, or enlarged print materials. It also means that the Department will take any other reasonable action that allows you to take part in and understand a program or activity, including making reasonable changes to an activity. If you believe that you will not be able to understand or take part in a program or activity because of your disability, please let us know of your disability needs in advance if at all possible. To request this document in alternative format or for further information about this policy, contact your local office manager; TTY/TDD Services: 7-1-1.

DEPARTAMENTO DE SEGURO ECONÓMICO DE ARIZONA
Administración de Empleo
P.O. Box 29225 • Phoenix, AZ 85038

PETICION DE CAMBIO DE NOMBRE Y DOMICILIO

Si solicita actualmente Seguro por Desempleo y usted CAMBIA SU NOMBRE, devuelve este formulario al departamento con prueba del cambio del nombre (documentos tal como matrimonial o decreto de divorcio, etc.) a la dirección arriba.

Si usted ya solicita o ha solicitado recientemente beneficios y necesita informar al Departamento de un cambio de dirección, llene este formulario y devuélvelo a la dirección arriba. Si presenta sus reclamos semanales por correo, puede usted devolver este formulario con su reclamo semanal. También usted puede llenar un formulario para cambio de dirección por comunicarse con la oficina de Arizona Reemployment Rapid Access (ARRA). Consulta su "Guía a los Beneficios de Arizona" (PAU-007-M) para los números de teléfono.

NOMBRE BAJO EL CUAL ESTA EL RECLAMO *(Apellido, nombre, inicial.)*	NUM. SEG. SOC.

NUEVO NOMBRE LEGAL *(Apellido, nombre de pila, inicial)*

NUEVO DOMICILIO *(Núm., calle, apartado postal, ciudad, estado, C.P)*

FIRMA DEL RECLAMANTE	TELEFONO	FECHA

Empleador/Programa con Igualdad de Oportunidades ◆ Bajo los Títulos VI y VII de la Ley de Derechos Civiles del año 1964 (Título VI y VII) y la Ley de Estadounidenses con Incapacidades del año 1990 (Americans with Disabilities Act: ADA), Sección 504 de la Ley de Rehabilitación de 1973, y la Ley de Discriminación a Edad de 1975, el Departamento prohíbe discriminar en los programas, entradas, servicios, actividades o el empleo basado en raza, color de piel, religión, sexo, origen nacional, edad, e incapacidad. El Departamento tiene que hacer arreglos razonables para permitir a una persona con una incapacidad participar en un programa, servicio o actividad. Esto significa, por ejemplo, que si es necesario el Departamento debe proporcionar intérpretes de lenguaje en señas para personas sordas, un establecimiento accesible para sillas de ruedas, o materiales con letras grandes. También significa que el Departamento tomará cualquier otra medida razonable que le permita a usted entender y participar en un programa o una actividad, incluso efectuar cambios razonables en la actividad. Si usted cree que su incapacidad le impedirá entender o participar en un programa o actividad, por favor infórmenos lo antes posible qué necesita para acomodar su incapacidad. Para obtener este documento en otro formato u obtener información adicional sobre esta política comuníquese con el gerente de su oficina local; Servicios de TTY/TDD: 7-1-1.