

## AUTORIZACIÓN PARA SOLICITAR LA VERIFICACIÓN TRIBAL

Yo, \_\_\_\_\_ autorizo al Programa de Asistencia Educativa Tohono O'odham a comunicarse con el Programa de Inscripción a la Nación Tohono O'odham para verificar mi estado de enrolamiento tribal. Esta autorización servirá para completar mi proceso de solicitud de asistencia educativa y para autorizar futuras solicitudes de verificación durante toda la duración de mi participación en el programa.

NOMBRE: \_\_\_\_\_

SEGUNDO NOMBRE: \_\_\_\_\_

APELLIDO: \_\_\_\_\_

OTROS NOMBRES (si corresponde): \_\_\_\_\_

FECHA DE NACIMIENTO: \_\_\_\_\_

NUMERO DE ENROLAMIENTO TRIBAL: \_\_\_\_\_

Entiendo que cualquier información incompleta o faltante puede retrasar o impedir que el Programa de Inscripción de la Nación Tohono O'odham verifique mi estado de inscripción tribal.

Firma: \_\_\_\_\_

Envíe este documento por correo electrónico a (preferido):

[askeap@tonation-nsn.gov](mailto:askeap@tonation-nsn.gov)

O

Envíe este documento por correo a:

Programa de Asistencia Educativa

Caja P.O. 837

Sells, Arizona 85634