

**ARIZONA DEPARTMENT OF  
ECONOMIC SECURITY  
Administración de Servicios de  
Rehabilitación (RSA)**

## **DERECHOS DE APELACIÓN**

**La RSA se esfuerza para asegurar su satisfacción con los servicios de Rehabilitación Vocacional (VR por sus siglas en inglés). Cuando surgen situaciones en las que tiene preguntas o inquietudes sobre sus servicios, le recomendamos a hablar con su consejero. En caso de que no pueda resolver el asunto con su consejero, tiene el derecho a apelar una decisión que pueda afectar sus servicios. La RSA tiene que recibir su solicitud dentro de los 15 días calendario a partir de la fecha de la carta en la que RSA le avisó la decisión.**

**Cuando solicita una apelación, puede elegir cualquiera de las siguientes opciones para resolver el asunto:**

**Revisión informal: Esta es una revisión de la decisión por el supervisor de la oficina local o el gerente del programa.**

**Vea la página 8 para leer la declaración de EOE/ADA**

**El supervisor de la oficina local llevará a cabo la revisión cuando un consejero de VR haya tomado la decisión. El gerente del programa llevará a cabo la revisión cuando el supervisor de la oficina local haya tomado la decisión, o cuando una posible solución requerirá una decisión o acción del gerente del programa.**

**Mediación: Esta es una reunión informal y confidencial en la que un mediador externo e imparcial dirige una discusión entre usted y el personal de RSA para aclarar el asunto y negociar un acuerdo. El mediador no actúa como juez y no tomará ninguna decisión.**

**Audiencia imparcial: Esta es una revisión formal por parte de un juez de derecho administrativo (ALJ por sus siglas en inglés) imparcial de la Oficina de Apelaciones del DES. Un ALJ lleva a cabo una audiencia y toma una decisión basada en los hechos del caso y la ley/política. El ALJ se seleccionará al azar de un grupo de personas calificadas para ser un oficial de audiencias imparcial. Se programará una audiencia dentro de los 60 días de la solicitud de apelación, a menos que se logre una resolución antes del día 60 o si usted acepta por escrito una extensión de tiempo específica.**

**Puede presentar evidencia, información o testigos adicionales durante la audiencia. Usted puede ser representado por un abogado u otros defensores adecuados por su propia cuenta y gasto. La RSA estará representada por un abogado. Puede examinar a todos los testigos y otras fuentes de información y evidencia pertinentes.**

**Para iniciar el proceso de apelación, envíe el siguiente formulario de Solicitud de Apelación o una declaración escrita, firmada y fechada que describa la decisión con la que no está de acuerdo y la opción (Revisión informal, Mediación o Audiencia imparcial) que elija para resolver el asunto(s). La RSA tiene que recibir su solicitud dentro de los 15 días calendario a partir de la fecha de la carta en la que RSA le avisó la decisión.**

**Puede estar presente en cualquier reunión para resolver su apelación. La RSA no suspenderá, reducirá ni terminará el servicio por el que presentó la apelación antes de la decisión final de la apelación, a menos que exista evidencia de que los servicios se obtuvieron por medio de una falsa representación, fraude o conducta criminal.**

**Si tiene preguntas sobre sus servicios de VR o derechos de apelación, necesita esta información en un formato alternativo, o si necesita ayuda para llenar el formulario de Solicitud de Apelación, comuníquese con cualquier miembro del personal de RSA.**

**Si tiene preguntas sobre sus servicios de VR o derechos de apelación, puede llamar al Client Assistance Program (Programa de Asistencia al Cliente, CAP por sus siglas en inglés) al (602) 274-6287 (área de Phoenix) o al 1-800-927-2260 (en todo el estado).**

**ARIZONA DEPARTMENT OF ECONOMIC  
SECURITY**

**Administración de Servicios de  
Rehabilitación (RSA)**

**SOLICITUD DE APELACIÓN**

**Yo, (tecleee su nombre)**

---

**no estoy de acuerdo con una decisión  
tomada por RSA que afecta la prestación de  
mis servicios.**

**Estoy apelando la siguiente decisión de RSA:**

**No estoy de acuerdo con la decisión porque:**

**Deseo resolver este asunto (marque la  
opción con la que le gustaría comenzar):**

**Revisión informal**

- **Acepto extender el plazo de 60 días  
para una audiencia imparcial con el  
fin de resolver el asunto de manera  
informal.**

- **Entiendo que un supervisor de la oficina local o un gerente del programa revisarán la decisión y mi apelación e intentarán identificar una resolución.**
- **Entiendo que continúo a tener el derecho a mediación y a una audiencia imparcial si no estoy satisfecho con los resultados de esta revisión informal.**

### **Mediación**

- **Acepto extender el plazo de 60 días para una audiencia imparcial con el fin de resolver el asunto de manera informal.**
- **Entiendo que un mediador imparcial se reunirá conmigo y con cualquier representante que elija tener presente, el personal que tomó la decisión y la oficina de Resolución de Quejas (Ombudsman) de RSA para revisar la decisión y mi apelación e intentarán a ayudar a negociar un acuerdo.**
- **Entiendo que continúo a tener el derecho a una audiencia imparcial si no estoy satisfecho con los resultados de esta mediación.**

### **Audiencia imparcial**

- **No quiero comenzar con ninguna de las opciones arriba mencionadas y SOLO quiero una audiencia imparcial con un oficial de audiencias.**

**Pueden comunicarse conmigo con respecto a esta solicitud a la siguiente información de contacto:**

**Teléfono:** \_\_\_\_\_

**Teléfono alternativo:** \_\_\_\_\_

**Dirección:**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Correo electrónico:**

\_\_\_\_\_

**Firma del cliente/representante del cliente:**

\_\_\_\_\_

**Fecha:** \_\_\_\_\_

**Envíe su solicitud de apelación a la persona designada que se indica a continuación. RSA tiene que recibir su solicitud dentro de los 15 días calendario a partir de la fecha de la carta en la que RSA le avisó la decisión:**

- **RSA Ombudsman**  
**1789 W. Jefferson Street**  
**Phoenix, AZ 85007**  
**[RSAOmbudsman@azdes.gov](mailto:RSAOmbudsman@azdes.gov)**

**Sólo para el uso de la oficina**

**Para las solicitudes de mediación, el consejero o el personal designado de RSA tiene que aceptar participar y llenar la siguiente información.**

**Acepto participar en la mediación.**

**No deseo participar en la mediación.**

**Firma del personal de RSA: \_\_\_\_\_**

**Fecha: \_\_\_\_\_**

---

**Programa y Empleador con Igualdad de Oportunidades • Servicios y ayudantes auxiliares para personas con discapacidades están disponibles a petición • Para obtener este documento en otro formato u obtener información adicional sobre esta política, comuníquese con la oficina local de RSA; Servicios de TTY/TDD: 7-1-1 • Available in English online or at the local office**