

**ARIZONA DEPARTMENT
OF ECONOMIC SECURITY
Administración de
Asistencia para Familias
RETIRAR O SUSPENDER
BENEFICIOS/SOLICITUD
DE APELACIÓN**

***Por favor, escriba toda
la información con
LETRA DE MOLDE***

Nombre de Caso:

Número de Caso:

**Vea la páginas 9-11 para las
declaraciones de USDA/EOE/
ADA/LEP/GINA**

- 1. Deseo RETIRAR MI SOLICITUD O SUSPENDER MIS BENEFICIOS para los programas indicados a continuación:**
 - Seguro Médico de AHCCCS**
 - Asistencia Nutricional**
 - Control de Tuberculosis**
 - Asistencia en Efectivo o Programa de Empleo para Ambos Padres (TPEP por sus siglas en inglés)**

Nombre: _____

Firma: _____

Fecha: _____

Deseo que se SUSPENDAN los beneficios para:

NOMBRE	FECHA DE NACIMIENTO	RELACIÓN A USTED

Si está trabajando, usted y su familia pueden tener elegibilidad para recibir beneficios de Seguro Médico de AHCCCS y/o Asistencia Nutricional. Por favor, hable con su trabajador antes de retirar su solicitud o suspender sus beneficios.

Indique la razón por la que se RETIRA LA SOLICITUD O SUSPENDEN LOS BENEFICIOS:

Empleo (Nombre)

empezó a trabajar en
(Fecha) _____

y gana (Cantidad)

_____ **por**
(Hora/día/semana)

en (Nombre y número
de teléfono del
empleador)

Mudanza fuera del
estado (Estado al que
se muda)

Fecha de mudanza:

Cuánto
tiempo estará fuera
del estado:

Otra: _____

**2. Deseo RETIRAR
mi solicitud de
APELACIÓN para los
siguientes programas:**

**Seguro Médico de
AHCCCS**

**Asistencia
Nutricional**

Control de Tuberculosis Asistencia en Efectivo o Programa de Empleo para Ambos Padres (TPEP por sus siglas en inglés)

Entiendo que si recibí Asistencia en Efectivo y/o Asistencia Nutricional mientras esperaba una apelación, es posible que tenga que devolver los beneficios a los que no tenía elegibilidad.

Entiendo que si solicité una apelación debido a un sobrepago y retiro mi solicitud de apelación, tendré que reembolsar el sobrepago.

La razón por la que RETIRO mi solicitud de APELACIÓN es:

Nombre: _____

Firma: _____

Fecha: _____

AGENCY USE ONLY
***(para el uso exclusivo
de la Agencia)***

**Date verbal withdrawal
received: _____**

Worker's D0 Number:

**El USDA es un proveedor
y empleador con igualdad
de oportunidades •
Agencias 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.