

**ARIZONA DEPARTMENT
OF ECONOMIC SECURITY
Administración de
Asistencia para Familias
SOLICITUD DE
APELACIÓN**

***Vea la página 16
para sus derechos
de apelación y cómo
presentar una apelación.***

**INFORMACIÓN DEL
CLIENTE**

Nombre (*Apellido,*

**Vea las páginas 24-30 para
leer las declaraciones de
USDA/EOE/ADA**

Nombre y S.I.):

ID de solicitud HEAplus:

Número de caso AZTECS:

Dirección (*Núm., Calle*):

Ciudad: _____

Estado: _____

Código postal: _____

Número de Teléfono (*con código de área*):

**QUIERO PRESENTAR
UNA APELACIÓN POR
LOS SIGUIENTES
PROGRAMAS:
(*marque la casilla*)**

**Asistencia Nutricional
Reducción de pagos en
exceso de Asistencia
Nutricional**

**Asistencia en Efectivo
Control de
Tuberculosis**

Asistencia Médica

**Asistencia Médica
Acelerada (*consulte
la página dos para
conocer los requisitos*)**

**QUIERO PRESENTAR
UNA APELACIÓN
PORQUE NO ESTOY
DE ACUERDO CON:
(*marque la casilla*)**

**Suspensión de los
beneficios**

**Cantidad de los
beneficios**

**Denegación de la
solicitud**

Pago en exceso

Otro (*Explique*):

**Motivo(s) por lo(s) que
no estoy de acuerdo con
la decisión:**

Fecha de aviso con la que no estoy de acuerdo:

Deseo una audiencia por:

Teléfono

En persona en:

(Seleccione la ubicación a continuación):

Phoenix

Tucson

TENGA EN CUENTA: Si no selecciona una opción, la audiencia se celebraría por teléfono.

Necesito un intérprete:

Sí No

(Si contestó "Sí", ¿en qué idioma?)

Necesito una adaptación por una discapacidad:

Sí No

(Si contesto "Sí", explique)

BENEFICIOS CONTINUOS DE ASISTENCIA EN EFECTIVO Y NUTRICIÓN

IMPORTANTE: Puede seguir recibiendo beneficios si presenta una apelación dentro de los 10 días posteriores a la fecha del aviso con el que no está de acuerdo o la fecha de vigencia de la decisión acerca del aviso, lo que ocurra más tarde. Marque una de las siguientes casillas si el motivo de la apelación es porque los

beneficios se reducirán o suspenderán.

SÍ deseo seguir recibiendo beneficios durante la apelación.

NO deseo seguir recibiendo beneficios durante la apelación.

ADVERTENCIA: Si pide continuar con sus beneficios, es posible que tenga que reembolsar los beneficios de Asistencia en Efectivo o Asistencia Nutricional que recibió

mientras espera una audiencia.

No puede seguir recibiendo beneficios mientras espera una apelación si:

- **Se denegó la solicitud**
- **Los beneficios se suspendieron porque el plazo de aprobación se venció**
- **Cambió la ley**
- **Recibió lo máximo de beneficios bajo el programa**

BENEFICIOS CONTINUOS DE ASISTENCIA MÉDICA

Sus beneficios médicos continuarán automáticamente cuando solicite una apelación antes de la fecha límite de apelación. No tendrá que pagar los beneficios recibidos durante la apelación, incluso si el juez no decide a su favor. Si está recibiendo beneficios de ALTCS y tiene una parte del costo de ALTCS, el monto que paga por su parte del

costo se mantendrá en el monto que estaba pagando antes de recibir la carta de decisión.

**OPCIÓN PARA PEDIR
UNA AELACIÓN
ACELERADO PARA
DECISIONES DE
AYUDA MÉDICA**

Para que se le apruebe una apelación acelerada, debe brindarnos una declaración firmada de un proveedor médico que incluya todo lo siguiente:

- **El cliente tiene**

- un procedimiento o tratamiento programado, o el individuo no puede programar un procedimiento o tratamiento debido a la falta de cobertura;**
- **El o la cliente no tiene al presente seguro médico que cubriera la mayor parte del costo de tratamiento; y**
 - **La salud del cliente o su capacidad para alcanzar, mantener o recuperar la**

funcionalidad completa se pondrá en riesgo si el cliente debe retrasar un procedimiento o tratamiento durante 90 días o menos a partir de la fecha de la solicitud de apelación.

La declaración del proveedor médico debe presentarse con esta solicitud de apelación. Si presenta una solicitud de apelación acelerada y no presenta una declaración que cumpla con todos los criterios anteriores, se

rechazará su solicitud de apelación acelerada.

Nombre (*En letra de molde o teclee*):

Firma: _____

Fecha: _____

SUS DERECHOS DE APELACIÓN

El DES tiene la obligación de mandarle una carta cuando se tome una decisión en su caso. Una apelación es su oportunidad de explicar su caso ante un juez quien decidirá si el DES tomó la decisión correcta.

Usted tiene el derecho a:

- Pedir una apelación si no está de acuerdo con cualquier decisión que tomamos.**

- **Pedir una apelación si no tomamos la decisión de manera oportuna.**
- **Pedir una reunión con el DES previa a la audiencia para hablar de su caso.**
- **Pedir revisar el expediente de su caso del DES al comunicarse con una oficina de FAA.**
- **Conseguir copia de la ley, regla o política en la cual se basó la decisión.**

- **Presentar testimonio y pruebas en la audiencia de apelación para apoyar su caso.**
- **Traer a un representante o abogado a la audiencia de apelación.**

¿Qué sucede después de pedir una apelación?

- **Le enviaremos un aviso para pedir que se comuniquen con nosotros para una reunión previa a la audiencia con el DES. Esta reunión es**

para ver si se puede resolver el problema. Esta reunión es opcional.

- **Si no se puede resolver el problema, la Oficina de Apelaciones del DES le enviará un aviso para informarle de la fecha y hora de la audiencia.**

¿En cuáles programas puede pedirse una apelación?

**Asistencia en Efectivo,
Asistencia Nutricional,
Asistencia Médica y**

Control de Tuberculosis.

¿Cómo se pide una apelación?

- **Acceda a su cuenta en línea (por internet) al visitar healthearizonaplus.gov**
- **Llene este formulario y entregue el formulario llenado:
Por fax:
Appeals Processing Unit (Unidad de Trámite de Apelaciones / APU) al
602-257-7058 -o-**

**Office of Appeals
Phoenix (Oficina
de Apelaciones en
Phoenix):**

602-257-7056 o

Tucson: 602-257-7055

**Puede enviar el
formulario por correo
a:**

**Department of
Economic Security –
Appeals**

**PO Box 19009,
Phoenix, AZ 85005-
9009**

- **Proporcione una
declaración escrita.**

La declaración deberá incluir su nombre, número de caso o de seguro social, domicilio y teléfono, la fecha de la carta que apela y el motivo por el que no está de acuerdo con la decisión.

- **Para presentar una solicitud de apelación verbal, llame al:**

Appeals Processing

Unit (APU):

Teléfono:

602-774-9279

0

Office of Appeals:

Teléfono:

**602-771-9019 o Gratis
al: 877-528-3330**

**¿Cuál es la fecha
límite para pedir una
apelación?**

**Usted debe pedir una
apelación dentro de:**

- **30 días a partir de
la fecha del aviso
de la decisión
para Asistencia en
Efectivo y Control de
Tuberculosis.**
- **35 días a partir de
la fecha del aviso**

**de la decisión para
Asistencia Médica.**

- **90 días a partir de
la fecha del aviso
de la decisión para
Asistencia Nutricional.**

**De acuerdo con la ley
federal de derechos
civiles y las normas y
políticas de derechos
civiles del Departamento
de Agricultura de los
Estados Unidos (USDA),
esta entidad está
prohibida de discriminar
por motivos de raza,**

color, origen nacional, sexo (incluyendo identidad de género y orientación sexual), credo religioso, discapacidad, edad, creencias políticas, o represalia o retorsión por actividades previas de derechos civiles.

Las personas con discapacidades que requieren medios alternativos para la comunicación de la información del programa (por ejemplo,

sistema Braille, letras grandes, cintas de audio, lenguaje de señas americano, etc.), deben ponerse en contacto con la agencia (estatal o local) en la que solicitaron los beneficios. Las personas sordas, con dificultades de audición o discapacidades del habla pueden comunicarse con el USDA por medio del Federal Relay Service (Servicio Federal de Retransmisión) al (800) 877-8339. Además,

la información del programa se puede proporcionar en otros idiomas.

Para presentar una queja por discriminación en el programa, el reclamante debe llenar un formulario AD-3027, formulario de queja por discriminación en el programa del USDA que puede obtenerse en línea en: <https://www.usda.gov/sites/default/files/documents/ad-3027s.pdf>, en cualquier

oficina del USDA, llamando al (833) 620-1071, o escribiendo una carta dirigida al USDA. La carta debe contener el nombre del demandante, la dirección, el número de teléfono y una descripción escrita de la acción discriminatoria alegada con suficiente detalle para informar al Subsecretario de Derechos Civiles (ASCR) sobre la naturaleza y fecha de una presunta violación de derechos

civiles. El formulario AD-3027 completado o la carta debe presentarse por:

1. correo:

**Food and Nutrition
Service, USDA
1320 Braddock Place,
Room 334
Alexandria, VA
22314; o**

2. fax:

**(833) 256-1665, o
(202)-690-7442; o
bien por**

3. correo electrónico:

FNSCIVILRIGHTS
COMPLAINTS
@usda.gov

Esta institución es un proveedor que ofrece igualdad de oportunidades.

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. • Available in English online or at the local office.