

ARIZONA DEPARTMENT OF ECONOMIC SECURITY  
División de Beneficios y Elegibilidad Médica  
Administración de Asistencia para Familias



# Programas de Asistencia

LO QUE USTED NECESITA SABER



## Tabla de Contenido

<b>Declaración de Derechos del Cliente</b> .....	2
<b>Cómo Solicitar Beneficios Médicos, de Asistencia Nutricional y de Asistencia en Efectivo</b> .....	2
<b>Proporcionar a DES su Número de Seguro Social</b> .....	3
<b>Ciudadanía y Estatus Migratorio</b> .....	3
<b>¿Necesita Usted un Interprete?</b> .....	3
<b>¿Cuánto Tiempo se Toma para Recibir los Beneficios Después de Solicitarlos?</b> .....	4
<b>Necesitamos Su Cooperación</b> .....	5
<b>Asistencia Médica de AHCCCS (cobertura médica)</b> .....	5
¿Quién puede recibir Asistencia Médica de AHCCCS? .....	5
¿Qué sucede si no soy ciudadano de los EE. UU.? .....	5
Si cumpro con los requisitos, ¿cuándo empieza mi Asistencia Médica de AHCCCS? .....	5
¿Cuáles servicios ofrece la Asistencia Médica de AHCCCS? .....	6
¿Cómo puedo seleccionar un Plan de Salud de AHCCCS? .....	6
¿Qué costo tiene la Asistencia Médica de AHCCCS? .....	7
¿Puedo tener otro seguro médico y aún tener elegibilidad para recibir Asistencia Médica de AHCCCS? ..	8
Si cumpro con los requisitos de Asistencia Médica de AHCCCS, cuando nazca mi bebé, ¿mi bebé tendrá cobertura? .....	8
Si trabajo o aumentan mis ingresos, ¿mi familia aún puede recibir Asistencia Médica de AHCCCS? .....	8
¿Qué debo hacer si tengo un problema con mi Asistencia Médica de AHCCCS? .....	8
<b>Beneficios de Asistencia Nutricional</b> .....	9
Deducción Estándar de Gastos Médicos de Asistencia Nutricional .....	9
Asistencia de Beneficios Transicionales de Asistencia Nutricional .....	9
Requisitos Laborales para Adultos Físicamente Capaces sin Dependientes (ABAWD por sus siglas en inglés) .....	9
Programa de Empleo y Capacitación del Suplemento de Asistencia Alimentaria (SNAP E&T por sus siglas en inglés) .....	10
<b>Beneficios de Asistencia en Efectivo</b> .....	10
Acuerdo de Responsabilidad Personal .....	11
¿Cómo puedo recuperar mis beneficios de nuevo, después de haber sido penalizado (sancionado)? .....	12
Límite de Beneficios Estatales (STBL por sus siglas en inglés) .....	12
Límite de Beneficios por Vida (LIBL por sus siglas en inglés) .....	13
Plazo de Límite de Beneficios para Familias .....	13
Padre Menor No Casado .....	13
Desvío de Asistencia en Efectivo .....	13
Programa de Empleo para Ambos Padres (TPEP por sus siglas en inglés) .....	14
Crianza por Parte de Parientes .....	14
Crianza Temporal por Parte de Parientes (KF por sus siglas en inglés) .....	14
Tutor Legal Permanente (LPG por sus siglas en inglés) .....	14
Control de Tuberculosis .....	15
Programas de Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (TANF por sus siglas en inglés) Tribales ..	15
Tribus con Programas Native Employment Works (Empleo de Indígenas, NEW por sus siglas en inglés):	15
<b>¿Cómo Se Me Dan Mis beneficios?</b> .....	15
<b>¿Qué Debo Hacer Cuando Hay Algún Cambio en Mi Hogar?</b> .....	16
Cómo Informar Cambios a DES: .....	16
Cuándo Informar Cambios a DES: .....	17
Requisitos del Informe Simplificado .....	17
Requisitos del Informe Estándar .....	18
<b>Asistencia de Empleo (Programa Jobs)</b> .....	18
<b>Asistencia de Cuidado de Niños</b> .....	18
Cuidado de Niños Garantizado .....	19
Cuidado de Niños Transicional .....	19

<b>Servicios de Sustento para Menores</b> .....	<b>19</b>
Las Metas de DCSS Son:.....	19
Cooperar con la División de Servicios de Sustento para Menores (DCSS) .....	19
<b>Sus Derechos</b> .....	<b>20</b>
<b>Violencia Doméstica</b> .....	<b>21</b>
<b>Aviso contra el Fraude</b> .....	<b>21</b>
<b>Control de Calidad</b> .....	<b>21</b>

El Departamento de Seguridad Económica de Arizona (Arizona Department of Economic Security, DES por sus siglas en inglés) fortalece a Arizona al ayudar a los residentes de Arizona a alcanzar su potencial mediante asistencia temporal para los necesitados y el cuidado de personas vulnerables. DES proporciona beneficios de asistencia temporal a los residentes de Arizona necesitados mientras trabajan para lograr autosuficiencia con el apoyo de los alimentos, cuidado de salud, apoyo financiero parental, servicios para individuos con discapacidades, y protección para los vulnerables mediante la investigación de denuncias de abuso, negligencia y explotación. DES proporciona asistencia a personas quienes cumplen con los requisitos de los siguientes programas:



## Declaración de Derechos del Cliente

DES se compromete a proporcionar servicios de alta calidad a todos nuestros clientes. Usted tiene el derecho a lo siguiente:

Asistencia cordial y profesional; por lo tanto, nuestra meta es:	Información clara y actualizada; por lo tanto, nuestra meta es:	Beneficios sin demora y exactos; por lo tanto, nuestra meta es:
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tratarlo a usted con respeto</li> <li>• Escucharlo y contestar sus preguntas</li> <li>• Mantener su información confidencial</li> <li>• Responder a sus necesidades</li> <li>• Contestar sus llamadas</li> <li>• Proporcionar un ambiente limpio y cómodo</li> <li>• Ayudarlo en su objetivo de obtener servicios</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Informarle qué servicios están disponibles para su hogar</li> <li>• Darle información sobre los programas y servicios</li> <li>• Mantenerlo informado durante todo el proceso de solicitud y elegibilidad</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Evaluar su solicitud para todos los servicios</li> <li>• Darle la primera entrevista disponible para cumplir con sus necesidades</li> <li>• Darle una cita especial si usted trabaja o asiste a la escuela</li> <li>• Darle instrucciones y explicaciones sencillas</li> <li>• Avisarle de nuestras decisiones por escrito</li> <li>• Ayudarlo a buscar o solicitar una apelación si usted no está de acuerdo con nuestras decisiones</li> </ul>

## Cómo Solicitar Beneficios Médicos, de Asistencia Nutricional y de Asistencia en Efectivo

En línea	Por teléfono	En persona
<p>El sitio web de Health-e-Arizona Plus (HEAplus) en: <b><a href="http://www.Healthearizonaplus.gov">www.Healthearizonaplus.gov</a></b></p>	<p>1-855-HEA-PLUS (432-7587)</p>	<p>Llene la solicitud de papel y regrésela por correo, por fax o en persona en cualquier oficina de la Administración de Asistencia para Familias del Department of Economic Security (DES/FAA, por sus siglas en inglés) o en alguna oficina de Asistencia Temporal Tribal para Familias Necesitadas (TANF, por sus siglas en inglés). Usted puede encontrar una lista de las oficinas locales de FAA en: <b><a href="https://des.az.gov/find-your-local-office">https://des.az.gov/find-your-local-office</a></b></p>

## Proporcionar a DES su Número de Seguro Social

Cuando solicita beneficios, la Ley Federal requiere que usted proporcione su(s) Número(s) de Seguro Social y cualquier Número(s) de Seguro Social que pertenezca a los miembros de su hogar quienes solicitan beneficios de Asistencia Médica de AHCCCS, Asistencia en Efectivo o Asistencia Nutricional. Si usted no tiene un Número de Seguro Social, podemos referirlo a una Oficina de Seguro Social, para que pueda solicitar uno. Para algunos extranjeros no-ciudadanos que soliciten Asistencia Médica de AHCCCS, es posible que se necesite un Número de Seguro Social. La recopilación de esta información, incluso el Número de Seguro Social de cada persona para quien usted solicita beneficios, se autoriza bajo la autoridad de la Ley de Estampillas para Comida de 1977, según sea enmendada, 7 U.S.C. 2011-2036.

### Se puede usar su Número de Seguro Social, para:

- Verificar su identidad, verificar sus ingresos y bienes, y prevenir la duplicación de beneficios,
- Establecer y hacerse cumplir con las órdenes de sustento para menores y de sustento médico,
- Para verificar con otros estados que tengan programas similares,
- Participar en un proceso de informática con agencias estatales y federales y con nuestros otros programas para verificar lo indicado arriba,
- Recuperar algún sobrepago de Asistencia en Efectivo o Asistencia Nutricional que resulte en haber recibido más beneficios a los cuales tuvo derecho a recibir, y/o
- Por parte de oficiales federales, estatales y locales, y sus contratistas para monitorear su cumplimiento conforme los reglamentos y regulaciones administrativas.

## Ciudadanía y Estatus Migratorio

Proveer a DES comprobante de ciudadanía y estatus migratorio para todas las personas que cumplen con los requisitos para recibir beneficios, nos permite aprobar la cantidad máxima de beneficios siempre y cuando cumpla con las normas para recibir beneficios. Bajo la Ley Federal, ciertas personas no-ciudadanos, tales como refugiados o asilados políticos, cumplen con los requisitos para recibir Asistencia Médica de AHCCCS y Asistencia Nutricional. Para aquellas personas no-ciudadanas, las reglas generales de los Servicios de Ciudadanía e Inmigración de los Estados Unidos (USCIS, por sus siglas en inglés), declaran que el uso de estos beneficios no afectará su capacidad de convertirse en Residente Legal Permanente.

## ¿Necesita Usted un Interprete?

La FAA de DES proporciona la ayuda de traducción a todas las personas a quienes servimos que tengan dominio limitado del idioma inglés. Los reglamentos requieren que Arizona proporcione los servicios de traducción e interpretación en cualquier idioma que necesite. Por favor deje saber a DES si usted necesita un intérprete al notificarnos el idioma que usted domina. Usted puede escribirlo en la solicitud o hacérselo saber en la entrevista de elegibilidad para beneficios.

## ¿Cuánto Tiempo se Toma para Recibir los Beneficios Después de Solicitarlos?

El tiempo que tarda en comenzar a recibir los beneficios después de solicitarlos depende de varios factores, incluyendo:

1. El tiempo que se tome para que usted llene el proceso de solicitud.
2. El tiempo que se tome para entregarnos información.
3. El tipo de beneficios que está solicitando.

El proceso de solicitud incluye lo siguiente:

- Entregar cualquier verificación obligatoria para tomar una decisión, y
- Completar una entrevista cuando solicite Asistencia Nutricional y en Efectivo (no se requiere ser entrevistado cuando solicita Asistencia Médica).

Usted recibirá una carta indicando si usted o cada miembro de su hogar es elegible o no. Cuando existe elegibilidad, le dejamos saber lo siguiente:

- Los beneficios que usted o cada miembro de su hogar recibirá.
- Para Asistencia Nutricional y en Efectivo, el monto de sus beneficios.
- El plazo que ha sido aprobado para recibir beneficios y cuándo debe solicitar de nuevo.

Permita al menos tres días desde la fecha de la decisión sobre la elegibilidad para recibir notificación sobre la decisión de sus beneficios. Basado en la ley, debemos tomar una decisión referente a su solicitud a más no tardar de lo siguiente:

Asistencia Médica	Asistencia Nutricional	Asistencia en Efectivo
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Solicitudes nuevas – 45 días consecutivos</li> <li>• Solicitantes internados – 7 días consecutivos</li> <li>• Mujeres Embarazadas – 20 días consecutivos</li> <li>• Cuando se necesita una determinación sobre discapacidad – 90 días consecutivos</li> <li>• Solicitudes de renovación – Último día de su periodo de beneficios actual si renovó la certificación a tiempo</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Solicitudes nuevas – 30 días consecutivos</li> <li>• Aceleradas (Emergencia) – 7 días consecutivos</li> <li>• Solicitudes de renovación – Último día de su periodo de beneficios actual si renovó la certificación a tiempo</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Solicitudes nuevas – 45 días consecutivos</li> <li>• Crianza Temporal por Parte de Parientes – 20 días consecutivos</li> <li>• Tutor Legal Permanente – 20 días consecutivos</li> <li>• Programa de Desvío de Asistencia en Efectivo – 20 días consecutivos</li> <li>• Programa de Empleo para Ambos Padres – 45 días consecutivos</li> <li>• Solicitudes de renovación – Último día de su periodo de beneficios actual si renovó la certificación a tiempo</li> </ul>



## **Necesitamos Su Cooperación**

Todos los hogares deben cooperar con la FAA de DES y proporcionar la información a la brevedad posible, para determinar su elegibilidad y nivel de beneficios. Si proporciona información incorrecta; se rehúsa, o no proporciona la información necesaria dentro de los plazos especificados, es posible que sus beneficios cambien, o terminen, y usted podría tener la responsabilidad de reembolsar los beneficios. Toda la información que usted proporcione se mantiene confidencial.

## **Asistencia Médica de AHCCCS (cobertura médica)**

El Sistema de Contención de Costos de Cuidado de Salud (AHCCCS, por sus siglas en inglés) administra el programa de Medicaid en el Estado de Arizona. El programa de Medicaid se llama Asistencia Médica de AHCCCS en este folleto y frecuentemente el personal de DES refiere a esto como MA o AHCCCS. Este programa federal se estableció para proporcionar asistencia médica a las personas quienes de otra manera, no pueden pagar sus necesidades médicas ni las primas de seguro. La FAA de DES tiene la responsabilidad de determinar la elegibilidad para recibir Asistencia Médica de AHCCCS para las familias, los individuos, los menores y las mujeres embarazadas. Si se determina que usted tiene elegibilidad para recibir Asistencia Médica de AHCCCS, la FAA de DES le informará a AHCCCS de su elegibilidad.

### **¿Quién puede recibir Asistencia Médica de AHCCCS?**

La Asistencia Médica de AHCCCS está disponible a los residentes de Arizona quienes cumplen con los requisitos de elegibilidad. Hay un límite de ingresos autorizados y no es el mismo para todos. Las familias pueden tener elegibilidad como una unidad familiar o los individuos pueden tenerla por su cuenta. El límite de los ingresos familiares depende del número de personas en el hogar.

### **¿Qué sucede si no soy ciudadano de los EE. UU.?**

Las personas que no cumplen con los requisitos de ciudadanía o estatus legal pueden recibir servicios médicos de emergencia. Los requisitos de elegibilidad tienen diferentes límites de ingresos basados en el estado de embarazo, edad u otras circunstancias. Es posible que se le pida que demuestre si es residente de Arizona. Las personas que solamente cumplen con los requisitos para recibir servicios de emergencia no están inscritos en un plan de salud de AHCCCS. Los pagos por los servicios de emergencia se efectúan a base de cuota por servicios prestados. AHCCCS decide si una emergencia médica cumple con los requisitos para ser pagados.

### **Si cumpla con los requisitos, ¿cuándo empieza mi Asistencia Médica de AHCCCS?**

La cobertura para Asistencia Médica de AHCCCS, por lo general, empieza el primer día del mes en que una persona se encuentra ser eligible. Usted puede solicitar la cobertura hasta tres (3) meses ya pasados del mes en que usted solicitó. Cuando hay embarazo, durante el período posparto, o es menor de 19 años y si tuvo gastos médicos durante estos meses. La 'fecha de inicio' se demuestra en la carta de aprobación de Asistencia Médica por parte de AHCCCS para cada persona que solicitó. AHCCCS o el Proveedor del plan de salud les enviará una tarjeta de Seguro Médico de AHCCCS que contiene la información sobre su plan de salud.

## ¿Cuáles servicios ofrece la Asistencia Médica de AHCCCS?

### Asistencia Médica de AHCCCS cubre los siguientes servicios médicos:

<ul style="list-style-type: none"><li>• Medicamentos Recetados*</li><li>• Visitas al Médico</li><li>• Laboratorio y Servicios de Radiografía</li><li>• Servicios Hospitalarios</li><li>• Diálisis</li><li>• Suministros Médicos</li><li>• Inmunizaciones (vacunas)</li><li>• Transporte Medicamente Necesario</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Servicios de Especialistas Cuyos Servicios Son Necesarios</li><li>• Cuidado de Salud Mental</li><li>• Quimioterapia</li><li>• Atención Médica de Emergencia</li><li>• Servicios de Rehabilitación</li><li>• 90 días de Servicios de Enfermería Especializada cada año</li></ul>	<p>Personas menores de 21 años de edad también reciben:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Evaluación y Tratamiento Dental</li><li>• Pruebas de Audición y Aparatos Auditivos</li><li>• Exámenes de Visión y Lentes</li></ul>
---	---	--

\*AHCCCS limita la cobertura de medicamentos de receta para personas con Medicare

## ¿Cómo puedo seleccionar un Plan de Salud de AHCCCS?

Cuando solicita para Asistencia Médica de AHCCCS, se le pedirá que usted seleccione un plan de salud durante el proceso de solicitud. La solicitud en línea y la de papel le proporcionan más información sobre los planes de salud disponibles e información sobre cómo inscribirse con un plan de salud de AHCCCS. Antes de inscribirse con un plan de salud, pregúntele a su médico, su clínica, su farmacia u hospital para averiguar qué planes de salud aceptan.

- Si usted fue inscrito con un plan de salud de AHCCCS dentro de los últimos 90 días en su área geográfica, se le inscribirá en el mismo plan de salud automáticamente.
- Si usted no fue inscrito con un plan de salud de AHCCCS dentro de los últimos 90 días y no selecciona un plan durante el proceso de solicitud, se le asignará un plan automáticamente.
- Usted tendrá 30 días para seleccionar un plan diferente si lo desea llamando al 1-855-HEA-PLUS/1-855-432-7587.

Una vez inscrito en un plan de salud de AHCCCS, usted debe obtener atención médica mediante su plan de salud. Si usted no lo hace, tendrá la responsabilidad de pagar la atención médica usted mismo. Usted puede cambiar a su médico de preferencia al comunicarse con su plan de salud con AHCCCS. Una vez inscrito en un plan de salud de AHCCCS, debe quedarse con ese plan, a menos que se mude fuera del área de servicio o si usted cambia de plan durante el período anual de inscripción abierta.

Los Nativos Americanos y Nativos de Alaska pueden en cualquier momento cambiar de plan de salud de AHCCCS y el Plan de salud para Indígenas Americanos (AIHP por sus siglas en inglés). Consulte el Manual del Miembro que recibirá por parte del plan de salud para obtener más información. AHCCCS o el proveedor del plan de salud enviará a los miembros elegibles una tarjeta de Seguro Médico de AHCCCS que contiene la información sobre su plan de salud.

La **primera vez** que usted sea elegible para recibir Asistencia Médica de AHCCCS y sea INSCRITO en un plan de salud de AHCCCS, puede tener la elegibilidad de un plazo de inscripción garantizado de hasta seis (6) meses. Esto significa que usted puede recibir al menos seis (6) meses de atención médica con el plan de salud, aunque reciba una carta que le diga que ya no cumple con los requisitos de recibir Asistencia Médica de AHCCCS. AHCCCS le avisará si esto ocurre.

## ¿Qué costo tiene la Asistencia Médica de AHCCCS?

**Co-pagos:** Cuando usted visite a su médico, obtenga medicamento recetado, o utilice la sala de emergencia para atención médica cuando no es una emergencia médica, es posible que se le pida que pague un co-pago.

Si usted tiene un co-pago, es posible que tenga que pagarlo antes de recibir el servicio. Si usted tiene este tipo de co-pago, recibirá una carta que le deja saber que tiene co-pagos obligatorios y sus cantidades. Si sus co-pagos no son obligatorios, el proveedor médico tal vez pida el co-pago, pero no puede denegar los servicios si usted no puede pagar.

Un miembro de AHCCCS que cumpla con alguno de los siguientes requisitos es exento de pagar co-pagos:

- Menor de 19 años de edad
- Recibe servicios del programa de Servicios de Rehabilitación para Menores (CRS, por sus siglas en inglés)
- Tiene un diagnóstico de Enfermedad Mental Grave (SMI, por sus siglas en inglés) por parte del Departamento de Servicios de Salud de Arizona (ADHS, por sus siglas en inglés)
- Recibe beneficios de cuidado intensivo y vive temporalmente en un hogar de convalecencia o una instalación residencial, pero solamente cuando el estado de salud del cliente requiere hospitalización. Esta exención está limitada a 90 días en un año de contrato.
- Recibe cuidados al final de vida
- Está inscrito en el Plan de salud para Indígenas Americanos (AIHP, por sus siglas en inglés)
- Esta embarazada.

**Primas Mensuales:** La mayoría de las personas no tienen que pagar una prima mensual para Asistencia Médica de AHCCCS. Sin embargo, si usted necesita pagar una prima, AHCCCS le enviará una carta antes de que se venza su primera prima.

## **¿Puedo tener otro seguro médico y aún tener elegibilidad para recibir Asistencia Médica de AHCCCS?**

Sí, para la mayoría de los programas ofrecidos por AHCCCS, pero se le cobrará primero a su seguro principal. Usted debe informarnos de cualquier otra cobertura de seguro médico que tenga y/o cuándo terminará. AHCCCS puede cobrar el reembolso de sus costos al proporcionarle atención médica a personas cuyos costos debieron haber sido cobrados a algún otro seguro existente. Es posible que otra persona tenga la responsabilidad de pagar los gastos médicos cuando dichos gastos son a raíz de una herida, cuando una persona ha sido involucrada en un accidente, o negligencia médica.

## **Si cumpla con los requisitos de Asistencia Médica de AHCCCS, cuando nazca mi bebé, ¿mi bebé tendrá cobertura?**

Los bebés que nazcan de mujeres que cumplan con los requisitos para recibir Asistencia Médica de AHCCCS pueden recibir cobertura médica durante un año, siempre y cuando el bebé siga viviendo en Arizona. Para que continúe recibiendo Asistencia Médica de AHCCCS, la clienta debe responder a todas las cartas que AHCCCS le envíe.

## **Si trabajo o aumentan mis ingresos, ¿mi familia aún puede recibir Asistencia Médica de AHCCCS?**

No pida que se le retiren sus beneficios de Asistencia Médica voluntariamente sólo porque usted trabaja o le aumenta su salario. Cuando usted o un miembro de su familia trabaja o ha tenido un aumento de salario, infórmele a DES sobre el cambio porque es posible que tenga derecho a recibir Asistencia Médica de Transición.

La cobertura de Asistencia Médica de Transición puede aprobarse hasta por seis meses cuando:

- El cambio se informa dentro de diez (10) días,
- Alguien en su familia recibió beneficios de Asistencia Médica de AHCCCS en la Categoría Pariente a Cargo dentro de tres (3) de los últimos seis (6) meses, y
- Sus beneficios de Asistencia Médica de AHCCCS terminaron debido a un aumento en los ingresos ganados.

Su familia puede recibir seis meses adicionales de Asistencia Médica de Transición cuando:

- La persona empleada continúa trabajando.
- Los ingresos del hogar son equivalentes al o menos del 185% del FPL.

## **¿Qué debo hacer si tengo un problema con mi Asistencia Médica de AHCCCS?**

Si tiene algún problema con su médico o plan de salud, comuníquese con el representante de servicios del paciente de su programa médico, para denunciar el problema. El número de teléfono se encuentra en la información de inscripción en el manual para miembros y se puede encontrar en la tarjeta de Identificación de Seguro Médico de AHCCCS. Usted puede comunicarse con el Centro de Atención de Servicio al Cliente al 1-855-HEA-PLUS o 1-855-432-7587 cuando usted:

- Tiene alguna pregunta sobre la decisión tomada sobre usted o un miembro de su familia, y
- Necesita Información sobre la inscripción en el plan de salud.

## **Beneficios de Asistencia Nutricional**

Los beneficios de Asistencia Nutricional ayudan a familias o individuos de bajos ingresos a comprar alimentos para tener una dieta más saludable. Cualquier miembro del hogar responsable puede solicitar los beneficios de Asistencia Nutricional. Si no hay alguien en su hogar que pueda entregar una solicitud, puede que otra persona solicite por parte suya y sea entrevistada para su hogar. Si usted tiene elegibilidad para recibir Asistencia Nutricional, su(s) hijo(s) puede(n) recibir almuerzos gratuitos en la escuela. Elegibilidad para recibir Asistencia Nutricional se basa en:

- Ingresos
- Recursos
- Otros requisitos tales como su residencia, ciudadanía o estado de no-ciudadano autorizado, y cooperación con el Programa de Empleo y Capacitación del Suplemento de Asistencia Alimentaria (SNA E&T, por sus siglas en inglés) de la Administración de Empleo y la FAA de DES.

## **Deducción Estándar de Gastos Médicos de Asistencia Nutricional**

Los hogares con participantes de la tercera edad o participantes con una discapacidad pueden calificar para recibir una deducción de gastos médicos de NA.

- El hogar puede calificar para recibir una deducción médica estándar cuando se verifique al menos \$35.01 en gastos médicos mensuales de su propio bolsillo.
- El hogar puede calificar para recibir una deducción de los gastos médicos mensuales de su bolsillo cuando los gastos verificados superan los \$160.

## **Asistencia de Beneficios Transicionales de Asistencia Nutricional**

Asistencia de Beneficios Transicionales (TBA, por sus siglas en inglés) es para apoyar la transición de una familia de la Asistencia en Efectivo a volverse más independiente económicamente. Ciertos hogares de Asistencia Nutricional que ya no cumplen con los requisitos de elegibilidad de Asistencia en Efectivo, pueden hacer la transición a la Asistencia de Beneficios Transicionales de Asistencia Nutricional. Estos hogares tienen la posibilidad de recibir hasta cinco meses consecutivos de pagos de Asistencia de Beneficios Transicionales de Asistencia Nutricional.

## **Requisitos Laborales para Adultos Físicamente Capaces sin Dependientes (ABAWD por sus siglas en inglés)**

Los Adultos Físicamente Capaces sin Dependientes (ABAWD) quienes tengan 18 años hasta los 52 años solamente pueden recibir beneficios de Asistencia Nutricional (NA, por sus siglas en inglés) durante tres (3) meses completos dentro de un plazo de 36 meses, a menos que completen con uno de lo siguiente:

- Trabajar (incluso empleo por cuenta propia, ofrecerse como voluntario y trabajo en especie) un promedio de 20 horas o más por semana dentro de un plazo de 30 días consecutivos, o

- Participar de manera satisfactoria 20 horas o más por semana en alguno de los siguientes programas:
  - Ley de Inversión en la Fuerza Laboral
  - Ley de Subsidio por Ajuste de Comercio
  - Empleo y Capacitación (excluyendo la búsqueda de trabajo o capacitación en búsqueda de trabajo), incluyendo el Programa de Empleo y Capacitación del Suplemento de Asistencia Alimentaria (SNAP E&T, por sus siglas en inglés).

## **Programa de Empleo y Capacitación del Suplemento de Asistencia Alimentaria (SNAP E&T por sus siglas en inglés)**

En Arizona, los servicios de SNAP E&T están disponibles por medio de los proveedores de de la Red de Avance Profesional (CAN, por sus siglas en inglés) de SNAP, o el programa SNAP CAN. Los participantes de Asistencia Nutricional (NA) son referidos por la Administración de Ayuda para Familias (FAA) al programa SNAP CAN. Las exenciones de los requisitos de trabajo de NA incluyen a los participantes de NA con discapacidades, menores de edad, las personas de 60 años o más y algunas personas con un hijo menor de seis (6) años de edad.

El programa SNAP CAN y ARIZONA@WORK tienen recursos que pueden ayudarle a encontrar empleo o a aprender nuevas habilidades.

Se les sugiere a los individuos inscritos en el registro de trabajo para NA y a los participantes de ABAWD a ponerse en contacto con ARIZONA@WORK o con un socio de SNAP CAN para recibir servicios de empleo y capacitación. Pueden ayudarle a regresar a la fuerza laboral mediante servicios de preparación para empleo sin costo alguno.

Para obtener más información sobre los servicios de SNAP E&T:

Visite el sitio web del DES en [des.az.gov](http://des.az.gov) y haga clic en el enlace, Find Employment (Buscar Empleo). Hay información sobre los servicios de empleo y capacitación proporcionados por ARIZONA@WORK junto con ubicaciones e información de contacto sobre los socios de SNAP CAN.

## **Beneficios de Asistencia en Efectivo**

El programa de Asistencia en Efectivo proporciona beneficios en Efectivo temporales y servicios de apoyo a los menores de Arizona y sus familias. El programa ayuda a estas familias a satisfacer sus necesidades básicas mientras trabajan hacia volverse a ser económicamente independiente.

DES/FAA ofrece Asistencia en Efectivo bajo varios programas. La elegibilidad se basa en la ciudadanía o un estado de residente no ciudadano autorizado, residencia de Arizona y límites de los recursos e ingresos mensuales. Hay requisitos adicionales dependiendo del programa de Asistencia en Efectivo que se solicite.

El hogar que recibe Asistencia en Efectivo consta de personas que viven y tienen una relación específica con un menor dependiente elegible. Un menor dependiente elegible también podría estar sin el apoyo o cuidado de sus padres y vivir con una familia necesitada. Los beneficios se proporcionan cuando se ha determinado que el hogar no puede mantenerse a si mismo por sus propios medios. La Asistencia en Efectivo se considera como un medio temporal de manutención y solo tiene el propósito de proporcionarse hasta que el hogar pueda lograr la independencia económica.

El programa de Beneficios de Asistencia en Efectivo proporciona pagos en efectivo a las siguientes personas:

- Familias con padres o parientes especificados de los hijos menores de 19 años de edad que están bajo su cuidado, y
- Tutores Legales Permanentes quienes han sido nombrados por parte de algún tribunal durante una audiencia o procedimiento de dependencia.

### Requisitos de Elegibilidad para Recibir Asistencia en Efectivo

<p>Los menores tienen que estar sin el apoyo o cuidado de un padre debido a:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• La muerte de un padre,</li> <li>• La ausencia continua de un padre debido a separación o divorcio, haber sido institucionalizado, deportación, o si el padre no vive actualmente con el menor,</li> <li>• La discapacidad de un padre, o</li> <li>• Desempleo o el subempleo del padre asalariado principal.</li> </ul>	<p>Los menores tienen que vivir con un pariente especificado. Los parientes especificados de un menor elegible incluye a:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• El padre (un padre o madre biológico/a o adoptivo/a),</li> <li>• Hermano (hermana o hermano),</li> <li>• Padrastro, madrastra, hermanastra, hermanastro,</li> <li>• Abuelo, bisabuelo,</li> <li>• Tío, tía, sobrino, sobrina,</li> <li>• Primo hermano, primo de segunda generación,</li> <li>• El cónyuge de unos de aquellos arriba listados, aun cuando se terminó el matrimonio por muerte o por divorcio, y</li> <li>• Tutor legal permanente sin parentesco.</li> </ul>	<p>Adultos jóvenes que tienen 18 años pueden tener elegibilidad si son estudiantes a tiempo completo en una preparatoria o el equivalente en una capacitación vocacional o especializada, y es razonable que se espera completar el programa antes de o en el mes en que cumplen los 19 años.</p>
---	--	---

### Acuerdo de Responsabilidad Personal

El(Los) padre(s) o el pariente especificado quien solicita o recibe beneficios de Asistencia en Efectivo, a menos que soliciten solamente para los menores, deben firmar el Acuerdo de Responsabilidad Personal como condición para obtener elegibilidad. Si usted tiene justificación por no poder cumplir con los requisitos del Acuerdo de Responsabilidad Personal, avísele a su Trabajador.

Al firmar este Acuerdo de Responsabilidad Personal, usted indica que los miembros del hogar consienten en aceptar ciertas responsabilidades, las cuales incluyen:

- Prepararse para y aceptar un trabajo,
- Asegurar que todos los menores de edad escolar (6 años a los 15) asistan a la escuela,
- Mantener actualizadas las inmunizaciones (vacunas) de los menores,
- Cooperar con las reglas del programa de Asistencia en Efectivo y proporcionar comprobantes para que se determine la elegibilidad e informarnos de los cambios,
- Cooperar con el Programa de Jobs antes de la aprobación para recibir Asistencia en Efectivo o TPEP,
- Cooperar con la División de Servicios de Sustento para Menores antes de la aprobación para recibir Asistencia en Efectivo o TPEP, cuando corresponde, y
- Cooperar con la Administración del Cuidado de Niños para organizar los servicios de cuidado de niños mientras cumple con requisitos de empleo.

El rechazo a firmar el Acuerdo de Responsabilidad Personal causará la denegación de sus beneficios de Asistencia en Efectivo, a menos que su caso sea sólo para los menores y usted no esté incluido en la determinación de elegibilidad. Cuando usted es aprobado y luego no cumple con las condiciones del Acuerdo de Responsabilidad Personal, se sancionará al hogar como se indica a continuación. Esto incluye a las familias que reciben Asistencia en Efectivo que sean requeridas a participar en el Programa Jobs y no participan sin justificación. Los miembros del Programa de Empleo para Ambos Padres (TPEP, por sus siglas en inglés) que se les requiere participar en el Programa Jobs y/o los Servicios de Sustento para Menores y no participan o cooperan sin justificación, se les retendrá o suspenderá sus beneficios del TPEP.

**Primera (1ra) vez**

La reducción del 50% de los beneficios de Asistencia en Efectivo de la familia.

**Segunda (2da) vez y más**

Los beneficios de Asistencia en Efectivo se suspenden.

**¿Cómo puedo recuperar mis beneficios de nuevo, después de haber sido penalizado (sancionado)?**

Si se cierra su caso de Asistencia en Efectivo, debido a que usted no colaboró con la División de Servicios de Sustento para Menores (DCSS, por sus siglas en inglés) o debido a que no cumplió con sus requisitos de trabajo con el Programa Jobs, asistencia escolar o de las vacunas, usted necesita hacer lo que se le pidió y completar el periodo de descalificación para cualquier sanción antes de poder recibir beneficios de Asistencia en Efectivo.

**Límite de Beneficios Estatales (STBL por sus siglas en inglés)**

El Límite de Beneficios Estatales significa que un hogar solamente puede recibir hasta doce (12) meses de beneficios en Arizona. La Ley estatal cambió en julio del 2016, la cual impone límites a la cantidad de meses que una familia pueda recibir beneficios de Asistencia en Efectivo.



Sólo los meses de beneficios recibidos en Arizona cuentan hacia este límite. El número de meses que cuentan comienza con los beneficios que recibió desde el 1 de octubre de 2002 hasta la fecha.

### **Límite de Beneficios por Vida (LIBL por sus siglas en inglés)**

El Límite de Beneficios por Vida significa que la persona que solicita (Contacto o Informante Principal) y su cónyuge solamente pueden recibir Asistencia en Efectivo durante 60 meses. En los EE. UU. algunas tribus pueden tener exenciones a base de niveles altos de desempleo en el área donde viven. Cuando el beneficio de Asistencia en Efectivo del hogar es menos de \$10 por mes, esos meses contarán hacia el Límite de Beneficios por Vida de 60 meses del Contacto o Informante Principal o su cónyuge.

### **Plazo de Límite de Beneficios para Familias**

Plazo de Límite de Beneficios para Familias (FBCP, por sus siglas en inglés) es un periodo de 60 meses consecutivos que corresponde a los padres y parientes especificados quienes solicitan y reciben Asistencia en Efectivo para un menor dependiente. El FBCP no permite que el hogar reciba ningún aumento en la Asistencia en Efectivo para menores adicionales que nazcan durante el periodo que la familia recibe Asistencia en Efectivo. Esta regla aplica a un menor nacido o adoptado antes del 1 de noviembre de 1995. Si la División de Servicios de Sustento para Menores cobra el sustento actual para un menor con un límite de beneficios, se le enviará el pago a usted.

### **Padre Menor No Casado**

Un Padre Menor No Casado es un padre menor de 18 años de edad quien nunca haya sido casado y tiene un hijo dependiente. La elegibilidad para recibir la Asistencia en Efectivo (CA, por sus siglas) depende de con quién vive el padre menor no casado. Consulte a su Trabajador para obtener más información. El Padre Menor No Casado y su(s) menor(es) aún pueden tener elegibilidad para Asistencia Médica de AHCCCS, servicios de Cuidado de Niños o del Programa Jobs cuando no tienen elegibilidad para recibir Asistencia en Efectivo (CA, por sus siglas en inglés) debido a este reglamento.

### **Desvío de Asistencia en Efectivo**

Un Desvío es un pago no recurrente de tres meses de Asistencia en Efectivo. El pago de Desvío de Asistencia en Efectivo no puede exceder la cantidad de Asistencia en Efectivo a la que el hogar pudiese ser elegible durante el plazo de tres meses que el pago de Desvío en Efectivo cubre.

El Desvío tiene el propósito de eliminar la necesidad de Asistencia en Efectivo continua a los hogares que incluyen a un adulto en el caso que probablemente obtenga empleo de tiempo completo dentro de los 90 días de haber solicitado. El adulto debe estar disponible para aceptar empleo de tiempo completo y uno de los siguientes es verdadero:

- Tiene historial de empleo o de trabajo por su cuenta propia,
- Tiene una oferta de trabajo de tiempo completo, o
- Probablemente pueda obtener empleo en el futuro inmediato, pero se enfrentan a una necesidad financiera de emergencia la cual ha creado una barrera para obtener o retener empleo.

## **Programa de Empleo para Ambos Padres (TPEP por sus siglas en inglés)**

El Programa de Empleo para Ambos Padres (TPEP) es un programa de empleo para familias necesitadas económicamente. TPEP ayuda a familias a satisfacer sus necesidades hasta que los padres regresen a trabajar. Se limitan los beneficios en efectivo del TPEP a seis (6) meses de pagos durante un plazo de doce (12) meses. Los pagos por parte de TPEP se efectúan dos veces por mes.

## **Crianza por Parte de Parientes**

El programa de Crianza por Parte de Parientes proporciona Asistencia en Efectivo solamente a los menores, quienes no pueden vivir con sus padres pero viven con un pariente especificado quien no es el padre. Estos menores no están bajo la jurisdicción del Department of Child Safety (Departamento de Seguridad de Niños). Cuando el pariente especificado que no es el padre se incluye en el caso para recibir los beneficios de Asistencia en Efectivo, se tramita la solicitud como una solicitud de Asistencia en Efectivo en vez de como Crianza por Parte de Parientes. El hogar debe satisfacer el criterio de Necesidad Familiar para que se pueda recibir Asistencia en Efectivo en esta situación.

## **Crianza Temporal por Parte de Parientes (KF por sus siglas en inglés)**

Crianza Temporal por Parte de Parientes es el nombre legal del programa de colocación bajo crianza temporal con un pariente que el Department of Child Safety (DCS, por sus siglas en inglés) administra. El personal de DCS le informa a las familias de Crianza Temporal por Parte de Parientes de otros servicios a los cuales posiblemente podrían ser elegibles. Cuando la familia de Crianza Temporal por Parte de Parientes desea solicitar Asistencia en Efectivo para los menores bajo su cuidado, el especialista del caso de DCS le proporcionará al solicitante la solicitud de FAA o le dirigirá al proceso de solicitar HEAPlus en línea.

## **Tutor Legal Permanente (LPG por sus siglas en inglés)**

Cuando un Tutor Legal Permanente ha sido nombrado por algún tribunal durante una audiencia de dependencia o procedimiento de dependencia, el Tutor Legal Permanente cumple con los requisitos de parentesco especificado para solicitar solamente en nombre del/de (los) menor(es).

## Control de Tuberculosis

El programa de Control de Tuberculosis proporciona Asistencia en Efectivo a las personas que padecen de Tuberculosis.

## Programas de Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (TANF por sus siglas en inglés) Tribales

Actualmente dentro del Estado de Arizona hay seis tribus que proporcionan Programas de Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (TANF) Tribales y se enumeran a continuación. Se determina la elegibilidad para los hogares de TANF Tribal al seguir la política programática de TANF Tribal que corresponde. Estos programas de TANF Tribal administran sus propios programas de servicios laborales. Los hogares servidos por un programa de TANF Tribal reciben servicios a base de los programas laborales diseñados por las tribus respectivas para satisfacer las necesidades de los miembros tribales. Todos los participantes son obligados a participar en un programa laboral, a menos que sean exentos.

Tribu Hopi	Nación Navajo	Tribu Pascua Yaqui	Comunidad de Indígenas de Salt River Pima Maricopa	Tribu de Apache de San Carlos	Tribu de Apache de White Mountain
------------	---------------	--------------------	--	-------------------------------	-----------------------------------

## Tribus con Programas Native Employment Works (Empleo de Indígenas, NEW por sus siglas en inglés):

Actualmente dentro del Estado de Arizona existen tres tribus quienes administran Programas Native Employment Works (NEW) y se enumeran a continuación. Estos programas de NEW proporcionan servicios a los hogares de TANF en el estado que incluyen a los miembros inscritos de su tribu. Estos hogares reciben servicios a base de los programas laborales diseñados por los tribus respectivas para satisfacer las necesidades de los miembros de su tribu.

Comunidad de Indígenas de Gila River	Tribu de Tohono O'odham	Tribu de Hualapai
--------------------------------------	-------------------------	-------------------

## ¿Cómo Se Me Dan Mis beneficios?

La Asistencia en Efectivo, Asistencia Nutricional y Control de Tuberculosis, se efectúan mediante el proceso de Transferencia Electrónica de Beneficios. Los beneficios se transfieren a una cuenta a su nombre. Se le expedirá una tarjeta de débito, llamada Quest que se muestra a la derecha. Usted puede usar su tarjeta Quest para retirar beneficios en Efectivo de un cajero automático (ATM, por sus siglas en inglés) que muestre el símbolo de QUEST o para comprar alimentos con sus beneficios de Asistencia Nutricional.



Usted seleccionará un Número Personal de Identificación (PIN, por sus siglas en inglés) para que pueda acceder los beneficios depositados en la tarjeta. Usted tiene la responsabilidad de mantener el PIN privado. Usted es la persona responsable de su Tarjeta de Beneficios Electrónicos, su Número Personal de Identificación (PIN) y el uso de sus beneficios de Asistencia en Efectivo y de Asistencia Nutricional. Si se accede a su cuenta de Asistencia en Efectivo o de Asistencia Nutricional y se usa su tarjeta o la de su representante, no se reemplazarán los beneficios. No se considerará el reemplazo de los beneficios hasta que se hayan denunciado como perdidos o robados y se limitarán los beneficios que queden en su cuenta de Transferencia Electrónica de Beneficios a partir de la fecha de la denuncia. Los Beneficios de Asistencia en Efectivo están disponibles a las 5:00 a.m. en el primer día del mes. Después de su mes inicial, los beneficios de Asistencia Nutricional estarán disponibles mediante la Transferencia Electrónica de Beneficios según el horario siguiente.

Su Apellido empieza con	Beneficios de EBT están disponibles el
A – B	1er día del mes
C – D	2do día del mes
E – F	3er día del mes
G – H	4to día del mes
I – J	5to día del mes
K – L	6to día del mes
M – N	7mo día del mes

Su Apellido empieza con	Beneficios de EBT están disponibles el
O – P	8vo día del mes
Q – R	9no día del mes
S – T	10mo día del mes
U – V	11vo día del mes
W – X	12do día del mes
Y – Z	13ero día del mes

## ¿Qué Debo Hacer Cuando Hay Algún Cambio en Mi Hogar?

### Cómo Informar Cambios a DES:

Usted puede informarnos de los cambios por escrito, en persona, en línea, o por teléfono con el Servicio de Atención al Cliente al 1-855-HEA-PLUS (432-7582). La carta de aprobación le proporciona información sobre cómo usted puede comunicarse con nosotros para informarnos del cambio. Incumplimiento de informarnos de este cambio puede resultar en un posible sobrepago. Usted puede crear una cuenta personal y segura en línea para ver la información sobre su caso o para reportar un cambio 24 horas al día en [www.Healthearizonaplus.gov](http://www.Healthearizonaplus.gov) o [myfamilybenefits.azdes.gov](http://myfamilybenefits.azdes.gov).

## Cuándo Informar Cambios a DES:

Asistencia en Efectivo y Nutricional – Deben informarse todos los cambios requeridos a no más tardar del décimo (10) día del mes después de que el cambio ocurrió.

Asistencia Médica de AHCCCS – Deben informarse todos los cambios dentro de los 10 días desde que el cambio ocurrió.

Las siguientes tablas le ayudarán a recordar algunos de los cambios que usted debe informar para cada programa:

## Requisitos del Informe Simplificado

CAMBIOS QUE DEBEN INFORMARSE	
ASISTENCIA EN EFECTIVO	ASISTENCIA NUTRICIONAL
Cuando el ingreso mensual bruto total antes de las deducciones de todas las personas en su hogar excede el 36% del Nivel Federal de Pobreza de 1992 (Estándares de Pago de A1). Le avisaremos de cuánto es la cantidad en la carta de aprobación.	Cuando el ingreso mensual bruto total antes de las deducciones de todas las personas en su hogar excede el 130% del Nivel Federal de Pobreza. Le avisaremos de cuánto es la cantidad en la carta de aprobación.
Cuando una persona dependiente menor de edad se muda de su hogar o es separado del hogar por una agencia gubernamental.	Informe ganancias de lotería y juegos de apuestas de \$4,250 o más, cuando se los gane en una sola partida o jugada.
	Los Adultos Físicamente Capaces sin Dependientes (ABAWD) son toda persona entre los son toda persona entre 18 y 52 años de edad, apta para empleo y que no tenga niños. Los partícipes en calidad ABAWD tendrán que informar cuando la cantidad de horas que trabajen se reduzca a menos de 20 horas por semana, o en un promedio de menos de 80 horas al mes.

Aunque no es requerido, se recomienda que nos avise cuando usted se mude para que reciba correspondencia importante referente a cambios en beneficios y los plazos para renovar.

**TENGA EN CUENTA:** Los requisitos del informe simplificado no corresponde a la Asistencia Médica de AHCCCS.

## Requisitos del Informe Estándar

TIPOS DE CAMBIOS QUE DEBEN INFORMARSE	CA TPEP	MA
<b>Cambio de dirección</b> Se mudó o reubicó a otro domicilio	Sí	Sí
<b>Cambios en miembro(s) del hogar</b> Alguna persona se mudó dentro o fuera del hogar.	Sí	Sí
<b>Cambios en el estado civil</b> Cualquier miembro de su hogar	No	Sí
<b>Asistencia escolar</b>	Sí	No
<b>Asistencia escolar</b> (de 6 a 15 años)	No	Sí
<b>Gastos de cuidado de dependiente</b> (Cuidado infantil)	No	No
<b>Gastos de vivienda</b> Cuando se ha informado un cambio de dirección	Sí	No
<b>Ingresos</b> Ingresos ganados: Empleo por cuenta propia/salario de trabajo, etc. Ingresos no ganados: Sustento para menores, SSI, jubilación, regalos, etc.	Sí	Sí
<b>Recursos</b> Ejemplos de tipos de recursos, pero sin limitarse a: Ahorros, cuenta de jubilación, 401k	Sí	No

## Asistencia de Empleo (Programa Jobs)

El Programa Jobs proporciona servicios para miembros de los programas de Asistencia en Efectivo, de Empleo para Ambos Padres, y otros que necesitan ayuda para que eviten la dependencia de asistencia pública. El Programa Jobs hace lo siguiente para los miembros:

Ayudar a personas a obtener y retener empleo.	Proporcionar a individuos con discapacidades las oportunidades para adquirir habilidades laborales.	Proporcionar servicios de apoyo necesarios tales como el transporte, ropa, y herramientas para permitir a individuos que participen en el Programa Jobs y que acepten y mantengan un trabajo.
---	---	---

## Asistencia de Cuidado de Niños

El Programa de Cuidado de Niños del programa de Asistencia Temporal para Familias Necesitadas ayuda a familias que son beneficiarias actuales o anteriores de Asistencia en Efectivo con costos de Cuidado de Niños. Los solicitantes con elegibilidad para recibir Asistencia de Cuidado de Niños tienen que participar en actividades tales como empleo y participar en el Programa Jobs.

## Cuidado de Niños Garantizado

La asistencia de Cuidado de Niños está disponible a los participantes en los programas de Asistencia en Efectivo y de Empleo para Ambos Padres cuando el cuidado de niños es necesario para aceptar o mantener su empleo o para participar en el Programa Jobs. Asistencia de Cuidado de Niños puede pagar todo o parte de sus costos de cuidado de niños. Tiene la opción de pagar el costo de Cuidado de Niños y luego reclamar la cantidad como deducción para calcular la cantidad de sus beneficios de Asistencia en Efectivo o DES puede pagarle al proveedor de cuidado de niños directamente. Si la Administración de Cuidado de Niños (CCA, por sus siglas en inglés) de DES paga los costos de cuidado de niños en su nombre, sigue teniendo la opción de reclamar gastos actuales como deducción para calcular sus beneficios de Asistencia Médica de AHCCCS, Asistencia en Efectivo, y Asistencia Nutricional. Usted puede tener elegibilidad para otros programas de cuidado de niños cuando usted ya no es elegible para recibir Asistencia en Efectivo.

## Cuidado de Niños Transicional

El Cuidado de Niños Transicional ayuda a su familia hacer la transición de estar recibiendo Asistencia en Efectivo a iniciar empleo y la autosuficiencia al pagar parte de los gastos de cuidado de niños de su familia. Las familias pueden recibir Cuidado de Niños Transicional hasta los 24 meses después de la fecha en que se cierre su caso de Asistencia en Efectivo, siempre y cuando se cumplan con todos los requisitos de ingresos y elegibilidad.

## Servicios de Sustento para Menores

Los individuos que reciben Beneficios de Asistencia en Efectivo son automáticamente referidos a la División de Servicios de Sustento para Menores (DCSS, por sus siglas en inglés) de DES. El programa de DCSS es un programa federal, estatal y local que recauda el sustento para menores y sustento médico de los padres quienes tienen la obligación legal de pagarlo. El programa de DCSS colabora con AHCCCS, DES Asistencia Nutricional, Asistencia en Efectivo, Rehabilitación Vocacional, los programas de Jobs y Cuidado de Niños de DES para asegurar que los padres ya sean con o sin custodia tengan el apoyo necesario y para que tomen los pasos hacia el bienestar y autosuficiencia de su familia.

### Las Metas de DCSS Son:

Asegurar que los padres mantengan a sus hijos.	Promover la responsabilidad de la familia al ofrecer servicios y recursos a dichas familias para ayudarles a ser más auto-suficiente.	Reducir los costos de los beneficios sociales a los contribuyentes.
--	---	---

## Cooperar con la División de Servicios de Sustento para Menores (DCSS)

Las personas que solicitan los siguientes beneficios deben cumplir con los requisitos de DCSS antes de la aprobación de beneficios..

Asistencia en Efectivo <i>(a menos que sea un caso donde solamente el menor tiene elegibilidad, y no incluye a usted para determinar la elegibilidad)</i>	Programa de Empleo para Ambos Padres
--	--------------------------------------

Mientras usted recibe Asistencia en Efectivo, el estado retiene el Sustento para Menores recaudando para reembolsar la asistencia pagada a la familia.

Las personas que reciben los beneficios de Asistencia en Efectivo se les refiere automáticamente a DCSS. Las demás personas deben solicitar los servicios. Hay varias maneras de obtener una solicitud:

- Al llamar al Sistema Automatizado Interactivo de Voz (IVR, por sus siglas en inglés) al 602-252-4045 (Condado de Maricopa) o gratuito al 1-800-882-4151 para pedir una solicitud la cual se le enviará a usted por correo.
- Al visitar la oficina de DCSS más cercana para obtener una solicitud, usted puede encontrar una lista de las oficinas en línea en <https://des.az.gov/find-your-local-office>.
- Al descargar la Solicitud de Servicios de Sustento para Menores de IV-D del sitio web de DES en <https://des.az.gov/documents-center?qt-content-tab=0> y enviarla por correo.

## Sus Derechos

Usted tiene el derecho de pedir una Audiencia cuando:

- Se le ha denegado el derecho de solicitar beneficios
- Se le ha denegado su solicitud y usted no está de acuerdo con la razón
- La FAA de DES no trabajó su solicitud dentro de los plazos correctos
- Sus beneficios de Asistencia Nutricional, de Asistencia en Efectivo y/o de Asistencia Médica de AHCCCS han sido suspendidos
- Se reduce o se retiene la Asistencia Nutricional o la Asistencia en Efectivo
- La Asistencia Médica de AHCCCS se ha reducido de servicios médicos completos a sólo los servicios de emergencia
- Usted está en desacuerdo con la cantidad de beneficios de Asistencia Nutricional y/o de Asistencia en Efectivo que usted recibe
- Usted está en desacuerdo con el sobrepago de Asistencia Nutricional y/o Asistencia en Efectivo o no está de acuerdo con la cantidad del sobrepago
- Usted está en desacuerdo de no ser elegible para recibir Cuidado de Niños de Transicional, o
- Usted ya no puede recibir Asistencia Médica de AHCCCS y no cumplió con los requisitos de la Asistencia Médica Transicional

Cuando usted solicita una audiencia, tiene el derecho a:

- Ser representado por un abogado o una persona autorizada por usted
- Reunirse con nosotros antes su audiencia para hablar de su caso (es posible que podamos resolver el problema en dicha reunión)
- Obtener una copia de la ley, regla, o política que usamos para tomar nuestra decisión
- Revisar, obtener o copiar partes necesarias del expediente para la presentación adecuada de su caso
- Examinar documentos que serán usados por el estado en la audiencia
- Llevar testigos a la audiencia



- Establecer todos los hechos y circunstancias pertinentes
- Presentar un argumento sin interferencia excesiva
- Cuestionar o refutar cualquier testimonio o evidencia incluso la oportunidad de confrontarse o interrogar a los testigos adversos
- No estar de acuerdo con que un comerciante de EBT solicite un débito a su cuenta
- Solicitar un crédito de EBT es denegado
- Presentar documentos y testimonios adicionales ante la Audiencia
- Tener un intérprete proporcionado si usted no habla inglés es sordo/a o mudo/a. La Oficina de Audiencias Administrativas o la Oficina de Apelaciones necesita recibir una notificación por escrito por lo menos 10 días antes de la fecha de la audiencia o podrá demorarse su audiencia.

## **Violencia Doméstica**

La Violencia Doméstica ocurre cuando un miembro de la familia o uno de los miembros de la pareja abusa de manera física o verbal a otro miembro de la familia o pareja. Esto incluye controlar y/u obligar a la persona abusada a hacer cosas contra su voluntad. Si el trabajar, buscar trabajo, asistir a la escuela o dar información sobre un padre ausente puede poner a usted o a su familia en peligro, usted debe hablar de esto con su Trabajador. Hay condiciones especiales para las personas abusadas por parte de otra persona de su hogar o de su pareja.

## **Aviso contra el Fraude**

Es fraude cuando se omite información a sabiendas con el objetivo de recibir o continuar recibiendo beneficios de Asistencia Nutricional, Asistencia en Efectivo, Asistencia Médica de AHCCCS para los cuales usted no tiene derecho. Alguien que se encuentre con culpabilidad de fraude puede ser sujeto a sanciones, encarcelamiento u otras penalidades según la estipulación por las leyes estatales y federales. También deberá reembolsar a la FAA de DES por cualquier beneficio de Asistencia Nutricional, Asistencia en Efectivo o Asistencia Médica de AHCCCS que usted recibió para los cuales usted o su hogar no tuvo derecho a recibir.

## **Control de Calidad**

El reglamento Federal requiere que la calidad y exactitud de las acciones tomadas por el personal de la Administración de Asistencia para Familias del Departamento de Seguridad Económica sean revisadas. Se seleccionan casos al azar para una revisión de control de calidad. Si se selecciona su caso, es posible que nos pongamos en contacto con usted para que nos dé información adicional. Si usted recibe beneficios de Asistencia Médica, en Efectivo o Nutricional y no coopera con la revisión del control de calidad, es posible que sus beneficios o cobertura se suspendan.

Este documento tiene solamente propósitos informativos y no tiene la intención de ceder derechos ni privilegios los cuales exceden aquellos estipulados por ley o regla.

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.

La información sobre el programa puede estar disponible en otros idiomas que no sean el inglés. Personas con discapacidad que requieran medios alternos de comunicación para obtener información sobre el programa (por ejemplo, Braille, letra grande, cinta de audio, lenguaje de señas americano), debe ponerse en contacto con la agencia (estatal o local) donde solicitaron los beneficios. Las personas sordas, con dificultades auditivas o con discapacidades del habla pueden comunicarse con el USDA a través del Servicio Federal de Retransmisión al (800) 877-8339.

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:**  
**[FNSCIVILRIGHTSCOMPLAINTS@usda.gov](mailto:FNSCIVILRIGHTSCOMPLAINTS@usda.gov)**

Esta entidad es un proveedor que brinda 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 on-line or at the local office.

También pueden presentarse denuncias de discriminación ante el:

Arizona Department of Economic Security  
Director's Office, 010A  
P. O. Box 6123  
Phoenix, Arizona 85005-6123

## AVISO DE NO DISCRIMINACIÓN

El programa de seguro médico público estatal *Arizona Health Care Cost Containment System (AHCCCS)* y el Departamento de Seguridad Económica (*Department of Economic Security / DES*) cumplen con las leyes federales vigentes de derechos civiles y no discriminan por motivo de raza, color, origen nacional, edad, discapacidad o sexo. Las agencias *AHCCCS* y *DES* no excluyen a las personas ni las tratan de manera distinta por motivo de raza, color, origen nacional, edad, discapacidad o sexo. Las agencias *AHCCCS* y *DES* proporcionan ayudas y servicios gratuitos a las personas con discapacidades para comunicarse efectivamente con nosotros, tales como intérpretes de idioma de señas calificados e información escrita en otros formatos (letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles y otros formatos). Las agencias *AHCCCS* y *DES* proporcionan servicios gratuitos de idiomas para las personas cuyas lenguas vernáculas no sean el inglés, tales como intérpretes calificados e información escrita en otros idiomas. Si necesitara estos servicios, comuníquese con el Centro de Servicios a Clientes de *Health-Arizona Plus* al 1-855-432-7587 (TTY: 711). Además, de conformidad con la Ley General de las Estampillas Para Alimentos (*Food Stamp Act*) y la política de la Secretaría Federal de Agricultura de los Estados Unidos (*United States Department of Agriculture*), se le prohíbe al DES discriminar por motivo de creencias religiosas o políticas.

Si le pareciera que las agencias *AHCCCS* o *DES* no le proporcionaron estos servicios o discriminaron de cualquier otra manera por motivo de raza, color, origen nacional, edad, discapacidad o sexo, podrá presentar una querrela. Podrá presentar la querrela en persona, por correo, por fax o por correo electrónico (*email*). Su querrela deberá constar por escrito y deberá presentarse en los 180 días siguientes a la fecha en la que la persona que presente la querrela se percatara de lo que le pareciera un discrimen.

Presente su querella contra AHCCCS a:

*General Counsel*

*AHCCCS Administration*

*Office of Administrative Legal Services*

*801 E. Jefferson St.*

*MD 6200*

*Phoenix, AZ 85034*

Por fax al (602) 253-9115; por correo electrónico (*email*) mediante [EqualAccess@azahcccs.gov](mailto:EqualAccess@azahcccs.gov).

También podrá presentar una querella de derechos civiles contra *AHCCCS* ante la Oficina de Derechos Civiles de la Secretaría Federal de Salud y Servicios Humanos (*U.S. Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights*) electrónicamente mediante el Portal de Querellas de la Oficina de Derechos Civiles (*Office for Civil Rights Complaint Portal*), disponible mediante <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/smartscreen/main.jsf>; o por correo a:

*Office for Civil Rights*

*U.S. Department of Health and Human Services*

*200 Independence Avenue, SW*

*Room 509F, HHH Building*

*Washington, D.C. 20201*

O por teléfono al 800-368-1019 (teléfono gratuito), (202) 368-1019 (voz), 800-537-7697 (TTY), y (202) 619-3818 para fax. Correo electrón [OCRComplaint@hhs.gov](mailto:OCRComplaint@hhs.gov). La forma de querella está disponible mediante <https://www.hhs.gov/civil-rights/filing-a-complaint/complaint-process/index.html>.

Presente su querella por discrimen contra DES a:

*Arizona Department of Economic Security, Office of Equal Opportunity, P. O. Box 6123, Mail Drop 1119, Phoenix, Arizona 85005-6123; o por fax: (602) 364-3982. Correo electrónico: [OfficeofEqualOpportunity@azdes.gov](mailto:OfficeofEqualOpportunity@azdes.gov).*

Ante la Secretaría Federal de Salud y Servicios Humanos (DHHS):  
Escriba a: *U.S. Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights, 200 Independence Avenue, S.W., Room 509F, HHH Building, Washington, D. C. 20201*; o llame al (202) 368-1019 (por voz), (800) 368-1019 (teléfono gratuito), o (800) 537-7697 (TTY). Fax: (202) 619-3818. Correo electrónico: [OCRComplaint@hhs.gov](mailto:OCRComplaint@hhs.gov). La forma de querrela está disponible mediante <https://www.hhs.gov/civil-rights/filing-a-complaint/complaint-process/index.html>

Ante la Secretaría Federal de Agricultura (USDA): Podrá rellenar la \*Forma de querrela por discrimen en programas de la Secretaría Federa de Agricultura.\* (*USDA Program Discrimination Complaint Form*) por Internet en <https://www.usda.gov/sites/default/files/documents/USDA-OASCR%20P-Complaint-Form-0508-0002-508-11-28-17Fax2Mail.pdf> o en cualquier oficina de USDA. Para obtener ayuda para completar el formulario, llame al: (833) 620-1071 (servicio de atención al cliente gratuito), (800) 877-8339 (retransmitir usuarios de voz). También podrá escribir una carta que contenga toda la información que se solicita en la forma. Envíenos su forma rellena o carta de querrela por correo a: *Food and Nutrition Service, USDA, 1320 Braddock Place, Room 334, Alexandria, VA 22314; fax: (833) 256-1665 or (202) 690-7442; or email: [FNSCIVILRIGHTSCOMPLAINTS@usda.gov](mailto:FNSCIVILRIGHTSCOMPLAINTS@usda.gov)*.







---

DEPARTMENT OF ECONOMIC SECURITY

---

*Your Partner For A Stronger Arizona*