

**SOLICITUD DE APELACIÓN**

Vea la página 3 para sus derechos de apelación y cómo presentar una apelación.

**INFORMACIÓN DEL CLIENTE**

Nombre (*Apellido, 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 ( <i>consulte la página dos para conocer los requisitos</i> )

**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 ( <i>Explique</i> ): _____	

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

Fecha del aviso con el 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 discapacidad:    Sí    No (*Si contestó "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.

Vea la página 4 para leer la declaración de USDA/EOE/ADA

**BENEFICIOS CONTINUOS DE ASISTENCIA EN EFECTIVO Y NUTRICIÓN (Continuación)**

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**

Puede solicitar una apelación acelerada para Asistencia Médica, Programa de Ahorros de Medicare o el Sistema de Atención a Largo Plazo de Arizona. Sin una apelación acelerada, la agencia debe tomar una decisión final dentro de los 90 días.

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*):

---

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

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

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 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 comunique 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 [healtharizonaplus.gov](http://healtharizonaplus.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):**                                            **Office of Appeals:**  
Teléfono: 602-774-9279    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.

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.