

## RETIRAR O SUSPENDER BENEFICIOS/SOLICITUD DE APELACIÓN

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

Nombre de Caso: \_\_\_\_\_ Número de Caso: \_\_\_\_\_

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: \_\_\_\_\_ El's Signature: \_\_\_\_\_

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.