

**ARIZONA DEPARTMENT  
OF ECONOMIC SECURITY  
Administración de  
Asistencia para Familias  
DERECHOS Y  
RESPONSABILIDADES**

**FECHA** \_\_\_\_\_

**HEA+ APP ID**

**Entrevista en la oficina  
Entrevista por teléfono**

**NOMBRE DEL CASO**

**NÚM. DE CASO AZTECS**

**Vea las páginas 14-19 para leer la  
declaración de USDA/EOE/ADA/LEP/GINA**

**Ofrecer la Inscripción de votantes y NVRA-5 completa.**

**Asegurar de que se le han proporcionado al cliente las páginas de Derechos y Responsabilidades**

**El proceso de apelación**

- **Si usted no está de acuerdo con cualquiera de las decisiones tomadas por la agencia al determinar su elegibilidad de beneficios, usted**

**tiene el derecho a: presentar una apelación verbalmente o por escrito, dentro de los 30 días calendario para la Asistencia en Efectivo (CA), 35 días calendario para la Asistencia Médica (MA) y 90 días calendario para la Asistencia Alimentaria (NA) desde la de envío en el aviso de elegibilidad.**

# **Resolución en el primer contacto**

- **Si usted puede proporcionar toda la documentación necesaria y/o la agencia puede obtener toda la información necesaria para determinar sus beneficios durante la entrevista, su caso puede finalizarse el mismo día.**

# **Informar de los cambios**

**Los cambios deben informarse de la siguiente manera:**

- 1. Procedimiento de informe estándar CA/NA: Se tiene que informar de los cambios a no más tardar del décimo (10) día calendario del mes después del mes en el cual ocurrió el cambio.**

**Procedimiento de informe estándar**  
**MA**: Los cambios tienen que ser informados tan pronto como se conozca el evento futuro. Los cambios imprevistos tienen que informarse dentro de los 10 días de la fecha en que ocurrió el cambio.

**2. Procedimiento de informe simplificado**  
**CA/NA**: Cuando el ingreso bruto

**mensual de todos los participantes incluidos en el hogar exceda el 130% del Índice de Pobreza Federal (FPL por sus siglas en inglés) actual. Se tiene que informar de los cambios a no más tardar del décimo (10) día calendario del mes después del mes en el cual ocurrió el cambio.**

<b><u>Tamaño de la unidad presupuestaria NA</u></b>	<b><u>Ingreso bruto mensual máximo</u></b>
<b>1</b>	<b>\$1316</b>
<b>2</b>	<b>\$1784</b>
<b>3</b>	<b>\$2252</b>
<b>4</b>	<b>\$2720</b>
<b>5</b>	<b>\$3188</b>
<b>6</b>	<b>\$3656</b>
<b>7</b>	<b>\$4124</b>
<b>8</b>	<b>\$4592</b>

**Cada participante adicional,  
agregue \$468**



- **Los cambios informados inoportunamente pueden resultar en un sobrepago.**
- **Se requiere comunicar todos los cambio de dirección.**

**Las sanciones por tráfico, fraude y/o representación falsa/ violación intencional del programa**

- **Existen sanciones por tráfico, fraude y/o representación falsa/ violación intencional**

**del programa, las cuales incluyen pero sin limitarse a, acción penal, multas, encarcelamiento u otras sanciones según lo estipulado por la ley estatal y federal.**

## **Proceso de control de calidad**

- **Si es contactado, usted tiene que cooperar con la revisión de Control de Calidad; la falta de cooperación puede**

**resultar en el cierre de su caso ya que esto es un requisito federal. Esto es para determinar la exactitud de la decisión tomada en su caso y para asegurarse de que se le pague la cantidad correcta de beneficios.**

## **Transferencia de Beneficios Electrónicos (EBT)**

- **Usted puede recibir una tarjeta de**

**reemplazo gratuita por año calendario; después se le cobrará \$5.00 por cada tarjeta de reemplazo adicional. Usted puede solicitar hasta 3 tarjetas de EBT por año calendario y después de la 3<sup>ra</sup> tarjeta de reemplazo, se supervisará e investigará su cuenta del SNAP si el DES tiene para creer que existe uso indebido de la tarjeta de EBT.**

**Al firmar esto, reconozco que he revisado y entiendo mis derechos y responsabilidades.**

**X**

---

***Firma del Solicitante o Representante Autorizado***

**Al firmar esto, reconozco que he revisado y explicado los derechos y responsabilidades con este solicitante.**

**X**

---

***Firma del PSE***

**De conformidad con la Ley de Derechos Civiles Federal y las normas y políticas sobre los derechos civiles del Departamento de Agricultura de los EE. UU. (USDA, por sus siglas en inglés), se prohíbe que el USDA, sus agencias, oficinas, empleados e instituciones que participan o administran programas del USDA discriminen basado en raza, color, nacionalidad, sexo, discapacidad, edad, o en represalia o venganza por actividad previa de derechos civiles en algún programa o actividad administrado o financiado por el USDA.**

**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 denuncia de discriminación, llene el Formulario de Denuncia de Discriminación del Programa del USDA, (AD-3027) que está disponible en línea en: [http://www.ascr.usda.gov/complaint\\_filing\\_cust.html](http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html), y en cualquier oficina del USDA, o bien escriba una carta dirigida al USDA e incluya en la carta toda la información solicitada en el formulario. Para solicitar una copia del formulario de**



**denuncia, llame al (866) 632-9992. Presente su formulario llenado o su carta al USDA por:**

**(1) correo: U.S. Department of Agriculture  
Office of the Assistant Secretary for Civil Rights  
1400 Independence Avenue, SW  
Washington, D.C.  
20250-9410;**

**(2) fax: (202) 690-7442; o**

**(3) correo electrónico:  
[program.intake@usda.gov](mailto:program.intake@usda.gov).**

**Esta institución es un proveedor que ofrece igualdad de oportunidades.**

**Programa y Empleador con 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.**