

# **ARIZONA DEPARTMENT OF ECONOMIC SECURITY**

## **Administración de Asistencia para Familias**

### **Sus Derechos y Responsabilidades**

**Tiene derecho a pedir una  
copia de los Derechos y  
Responsabilidades.**

**Complete la oferta de  
registro de votantes.**

**● Si usted cree que**

---

**Vea las páginas 18-25  
para leer la declaración  
de USDA/EOE/ADA**

# **alguien ha interferido con:**

- Su derecho a inscribirse para votar o de no inscribirse para votar,**
- Su derecho a privacidad al decidir si se inscribe para votar o en solicitar inscribirse para votar,**
- Su derecho a seleccionar su propio partido u otra preferencia política.**
- Puede presentar una queja ante:**

**State Election Director  
Secretary of State's Office  
1700 West Washington  
Phoenix, Arizona 85007  
(602) 542-8683**

## **Proceso de apelación**

- **Cuando no esté de acuerdo con cualquiera de las decisiones que la agencia ha tomado para determinar su elegibilidad para beneficios, usted tiene derecho de presentar una apelación, verbalmente o por**

**escrito. Los plazos para presentar una apelación comienzan con la fecha en la que se envía el aviso de elegibilidad. El tiempo permitido para la presentación es de 30 días calendario para Asistencia en Efectivo (CA, por sus siglas en inglés), 35 días calendario para Asistencia Médica (MA, por sus siglas en inglés) , 90 días calendario para Asistencia Nutricional**

**(NA, por sus siglas en inglés), y 15 días por ajuste de transacción EBT.**

## **Resolución de primer contacto**

- **Cuando pueda proporcionar todos los documentos necesarios y la agencia puede obtener toda la información obligatoria que se necesita para determinar sus beneficios en la entrevista, su caso**

**puede completarse el mismo día.**

## **Proceso de control de calidad**

- **Cooperar con la revisión de control de calidad, cuando se comunican con usted, es un requisito federal. Negarse a cooperar puede resultar en el cierre de su caso. La revisión de control de calidad es para determinar la precisión de la decisión tomada**

**en su caso y para asegurar que se le haya concedido la cantidad correcta de beneficios.**

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

- **Puede emitirse una tarjeta EBT de reemplazo gratis por año calendario. Se descontará de sus beneficios de NA un cargo de \$5.00 por cada tarjeta EBT de reemplazo adicional. Cuando usted o el**

**titular alternativo de su tarjeta EBT soliciten una cuarta tarjeta EBT de reemplazo dentro de un periodo de 12 meses, se le enviará un aviso informándole que la FAA monitoreará sus transacciones de EBT en busca de fraude o tráfico. Cuando se sospecha de fraude o tráfico, su caso se remite a la Unidad de Detección de Tráfico de la Oficina del Inspector**



# **General.**

## **Sanciones por tráfico, fraude y/o representación falsa o violación intencional del programa**

- **Existen sanciones por tráfico, fraude, representación falsa y violación intencional del programa, que incluye, pero no se limita a, acción penal, multas, encarcelamiento, u otras sanciones indicadas por ley estatal y federal.**

# **Informar cambios**

## **Para informes estándar: CA/NA**

- **Los cambios deben informarse a más tardar el décimo día del mes siguiente al mes en que se produjo el cambio.**

## **Asistencia Médica**

- **Los cambios deben informarse tan pronto como se conozca el futuro evento. Los cambios no anticipados deben informarse**

**dentro de los diez días calendario a partir de la fecha en que se produjo el cambio.**

**Qué informar en los informes simplificados:**

**Asistencia Nutricional**

- **Debe informarse cualquier cambio que haga que el ingreso mensual bruto de todos los participantes incluidos en el hogar supere el 130% del nivel federal de pobreza.**

**Estos cambios deben informarse a más tardar el décimo día calendario del mes siguiente al mes en que se produjo el cambio.**

**La tabla de ingresos brutos mensuales del 130% está vigente de 1 de octubre de 2023 al 30 de septiembre de 2024.**

<b>Tamaño de la unidad de presupuesto</b>	1	2	3	4	5	6	7	8	Cada miembro adicional
<b>Ingresos brutos de NA</b>	\$1,580	\$2,137	\$2,694	\$3,250	\$3,807	\$4,364	\$4,921	\$5,478	\$557

- **Los Adultos Físicamente Capaces sin Dependientes (ABAWD, por sus siglas en inglés) deben informar una reducción en sus horas de trabajo por debajo de 80 por mes. Este requisito también aplica a los hogares que tienen miembros que serían considerados ABAWD y sujetos al límite de tiempo de tres meses si no tuvieran una exención laboral.**

- **Como parte de los requisitos de informar cambios, todo hogar debe informar cuando algún miembro del hogar reciba ganancias de lotería o juegos de azar de \$4,250 o más en una sola partida o jugada.**

**TENGA EN CUENTA:**

**Aunque no es obligatorio, se recomienda que nos informe cuando se mude para que reciba cartas**

**importantes acerca de los cambios en los beneficios y el periodo de renovación.**

## **Asistencia en Efectivo**

- **Cuando una persona dependiente menor de edad se muda de su hogar o es separado del hogar por una agencia gubernamental.**
- **Debe informarse cualquier cambio que haga que el ingreso mensual bruto de todos los participantes**

**incluidos en el hogar supere el 36% del FPL de 1992 (estándar de pago A1). Estos cambios deben informarse a más tardar el décimo día calendario del mes siguiente al mes en que se produjo el cambio.**

<b>Tamaño de la unidad de presupuesto</b>	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<b>Ingresos brutos</b>	\$204	\$275	\$347	\$418	\$489	\$561	\$632	\$703	\$775	\$846



# **TENGA EN CUENTA:**

**Aunque no es obligatorio, se recomienda que nos informe cuando se mude para que reciba cartas importantes acerca de los cambios en los beneficios y el periodo de renovación.**

**Qué informar en los informes estándar:**

**CA TPEP y Asistencia Médica**

- **Debe informar cambios de dirección, ingresos**

**brutos, miembros del hogar (mudanza dentro o fuera del hogar.), etc.**

---

**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**

**3. correo electrónico:**

**[\*\*\[COMPLAINTS@usda.gov\]\(mailto:COMPLAINTS@usda.gov\)\*\*](mailto:FNSCIVILRIGHTS</a></u></b></p></div><div data-bbox=)**

**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 online or at the local office.**