

**ARIZONA DEPARTMENT OF  
ECONOMIC SECURITY  
Administración de Asistencia  
para Familias  
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)**

**Vea la páginas 5-6 para las declaraciones de  
USDA/EOE/ADA/LEP/GINA**

**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:** \_\_\_\_\_

**EI'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.**