

**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:** _____

Worker's D0 Number: _____

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.