

**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:**

---

**Vea la páginas 9-11 para las  
declaraciones de USDA/EOE/  
ADA/LEP/GINA**

- 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:**

<b>NOMBRE</b>	<b>FECHA DE NACIMIENTO</b>	<b>RELACIÓN A USTED</b>

***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.**