

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

**SOLICITUD DE APELACIÓN**  
**Vea la página 5 sobre cómo presentar  
una apelación**

**INFORMACIÓN DEL CLIENTE**

**Nombre completo (*Apellido, Nombre,  
S.I.*):**

---

**Núm. de ID de la solicitud HEAplus:**

---

**Número de caso AZTECS:**

---

**Dirección (*Núm., calle*):**

---

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

**Estado:** \_\_\_\_\_ **Código postal:** \_\_\_\_\_

**Número de teléfono (*Incluya el  
código del área*):** \_\_\_\_\_

**Vea la página 9 para leer la declaración de USDA/EOE/ADA**

**DESEO UNA APELACIÓN POR LOS  
SIGUIENTES PROGRAMAS:  
(MARQUE LA CASILLA)**

**Asistencia en Efectivo  
Asistencia Nutricional  
Asistencia Médica  
Control de Tuberculosis**

**DESEO UNA APELACIÓN PORQUE NO  
ESTOY DE ACUERDO CON:  
(MARQUE LA CASILLA)**

**Suspensión de los beneficios  
Cantidad de beneficios  
Denegación de solicitud  
Sobrepago      Otro (*Explique*):**

---

**Motivo(s) por lo(s) que no estoy de  
acuerdo con la decisión:**

**Fecha de aviso con la que no estyo  
de acuerdo: \_\_\_\_\_**

**Deseo una audiencia por:  
Teléfono            En persona  
en (Seleccione la ubicación a  
continuación):**

**Phoenix  
Tucson**

**AVISO: Si no selecciona una opción, la  
audiencia se realizará por teléfono.**

**Necesito un intérprete:      Sí      No  
(Si contestó "Sí", ¿cuál idioma?)**

---

**Necesito una adaptación por una  
discapacidad:      Sí      No  
(Si contesto "Sí", explique)**

**BENEFICIOS CONTINUOS**

**IMPORTANTE: Puede seguir recibiendo**

**beneficios si presenta una apelación dentro de los 10 días posteriores a la fecha del aviso con el que no está de acuerdo o la fecha de vigencia de la decisión acerca del aviso, lo que ocurra más tarde. Marque una de las siguientes casillas si el motivo de la apelación es porque los beneficios se reducirán o suspenderán.**

**SÍ deseo seguir recibiendo beneficios durante la apelación.**

**NO deseo seguir recibiendo beneficios durante la apelación.**

**ADVERTENCIA: Si pide continuar con sus beneficios, es posible que tenga que reembolsar los beneficios de Asistencia en Efectivo o Asistencia Nutricional que recibió mientras espera una audiencia.**

**No puede seguir recibiendo beneficios mientras espera la apelación si:**

- **Se denegó la solicitud**
- **Los beneficios se suspendieron porque el plazo de aprobación se venció**

- **Cambió la ley**
- **Recibió lo máximo de beneficios bajo el programa**

**Nombre (*En letra de molde*):**

---

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

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

## **SUS DERECHOS DE APELACIÓN**

**El DES tiene la obligación de mandarle una carta cuando se tome una decisión en su caso. Una apelación es su oportunidad de explicar su caso ante un juez quien decidirá si el DES tomó la decisión correcta.**

**Usted tiene el derecho a:**

- **Pedir una apelación si no está de acuerdo con la decisión que tomamos.**
- **Pedir una apelación si no tomamos la decisión de manera oportuna.**

- **Pedir una reunión con el DES previa a la audiencia para hablar de su caso.**
- **Pedir revisar el expediente de su caso del DES al comunicarse con su oficina local.**
- **Conseguir copia de la ley, regla o política en la cual se basó la decisión.**
- **Presentar testimonio y pruebas en la audiencia de apelación para apoyar su caso.**
- **Traer a un representante o abogado a la audiencia de apelación.**

**¿Qué sucede después de pedir una apelación?**

- **Le enviaremos un aviso para pedir que se comunique con nosotros para una reunión previa a la audiencia con el DES. Esta reunión es para ver si se puede resolver el problema. Esta reunión es opcional.**
- **Si no se puede resolver el problema, la Oficina de Apelaciones del DES le enviará un aviso para informarle de la fecha y hora de la audiencia.**

**¿En cuáles programas puede pedirse una apelación?**

## **Asistencia en Efectivo, Asistencia Nutricional, Asistencia Médica y Control de Tuberculosis.**

### **¿Cómo solicita una apelación?**

- **Acceda a su cuenta en línea (por internet) al visitar [healthearizonaplus.gov](http://healthearizonaplus.gov)**
- **Llene este formulario y entregue el formulario llenado:  
Por fax:  
Unidad de Trámite de Apelaciones (Appeals Processing Unit / APU) al 602-257-7058 -u-  
Oficina de Apelaciones en Phoenix (Office of Appeals Phoenix): 602-257-7056 -o- Tucson: 602-257-7055**
- **Puede enviar el formulario por correo a:  
Department of Economic Security – Appeals  
PO Box 19009 Phoenix, AZ 85005-9009**
- **Proporcione una declaración escrita. La declaración deberá incluir su nombre, número de caso o de seguro social, domicilio y teléfono, la fecha de la carta que apela y el motivo**

**por el que no está de acuerdo con la decisión.**

- **Para presentar un pedido verbal, llame al:**

**Unidad de Trámite de Apelaciones (APU):**

**Teléfono: 602-774-9279 o**

**La Oficina de Apelaciones**

**Teléfono: 602-771-9019 o Gratis al: 877-528-3330**

**¿Cuál es la fecha límite para solicitar una apelación?**

**Usted debe pedir un apelación dentro de:**

- **30 días a partir de la fecha del aviso de la decisión para Asistencia en Efectivo y Control de Tuberculosis.**
- **35 días a partir de la fecha del aviso de la decisión para Asistencia Médica.**
- **90 días a partir de la fecha del aviso de la decisión para Asistencia Nutricional.**

**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.**