

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

**SOLICITUD DE APELACIÓN**

**Vea la página 8 sobre  
cómo presentar una apelación**

**INFORMACIÓN DEL CLIENTE**

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

---

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

---

**Número de caso AZTECS:**

---

**Dirección (*Núm., calle*):**

**Vea la página 15 para leer la declaración de USDA/EOE/ADA**

---

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

---

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

---

**Código postal:** \_\_\_\_\_

---

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

---

**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 estoy de acuerdo:**

---

**Deseo una audiencia por:  
Teléfono  
En persona en  
(Seleccionela ubicación  
a continuación):  
Phoenix  
Tucson**

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

**Necesito un intérprete:  
Sí No**

***(Si contesto "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 que enviarle un aviso cuando se toma una decisión sobre 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 la oficina de FAA.**

- 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.**

**¿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?

- **Accesda 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 tramitaciones de apelacion (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 Administración de Asistencia para Familias ; Servicios de TTY/TDD: 7-1-1. • Ayuda gratuita contraducciones relacionadas a los servicios del DES está disponible a solicitud del cliente. • Available in English on-line or at the local office.**