

Solicitud para Retirarse Voluntariamente de una Apelación-DBME

Lea y complete este formulario detenidamente y luego envíelo por correo electrónico a OIG.PA.Appeals@azdes.gov o envíelo por fax al número indicado arriba. Guarde una copia para sus archivos.

Nombre del cliente (*apellido, nombre*): _____ Número de apelación: _____ Fecha de apelación: (MM/DD/AAAA) _____

Número de AZTECS: _____ ID de aplicación HEAPLUS: _____ Fecha de solicitud: (MM/DD/AAAA) _____

Dirección postal: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Fecha de la decisión apelante: (MM/DD/AAAA) _____ Título del aviso de la decisión: _____

Programas apelados:
(marque todos los que correspondan)

- Asistencia en Efectivo (CA) _____
- Pago excesivo (OP) _____
- Asistencia Nutricional (NA) _____
- Asistencia Médica (MA) _____
- Otro (especificar) _____

Motivo de la Apelación

- Cantidad de Beneficios _____ Cierre/Terminación _____
- Denegación _____ Acción / Inacción del Departamento _____
- Monto de compromiso NA _____
- Denegación de cuenta EBT _____
- Disputa de ajuste de la cuenta EBT _____
- Otro (especificar) _____

Al retirar su solicitud de apelación para el/los programa(s) marcado(s) anteriormente. Usted entiende que:

- **Todos los beneficios que continúen durante el proceso de apelación se suspenderán inmediatamente y es posible que usted deba devolverlos.**
- **Si solicitó una apelación debido a un pago excesivo, aún es responsable de reembolsar el pago excesivo cuando retire la apelación.**

Para que podamos realizar un retiro, debe responder las siguientes preguntas para confirmar que acepta y comprende las consecuencias de retirar su apelación a la decisión que usted indicó anteriormente.

- | | | |
|--|----|----|
| 1. ¿Entiende que tiene derecho a tener una audiencia con respecto a la determinación que se tomó el (fecha) _____ ? | Sí | No |
| 2. ¿Entiende que cuando usted o su Representante retiran su apelación, no hay más audiencia y las acciones del Departamento son definitivas? | Sí | No |
| 3. ¿Alguien lo ha obligado o presionado de algún otro modo a retirar su apelación? | Sí | No |
| 4. Sabiendo que cuando usted retira su apelación, el asunto se descarta y no se toman más acciones sobre el asunto apelado. ¿Aún desea retirar su apelación? | Sí | No |
| 5. ¿Entiende sus derechos de audiencia y entiende que su retiro no cambia su derecho a solicitar servicios en el futuro? | Sí | No |

La presentación de una solicitud para retirar voluntariamente esta apelación no garantiza la aprobación o el rechazo de su solicitud para retirar voluntariamente. Si ya se le programó una audiencia y no recibió una carta de rechazo antes de su apelación, planee asistir a la audiencia programada. Si recibió una decisión que indica que su audiencia ha sido rechazada, no necesita hacer nada más.

Nombre del reclamante/representante: _____ Firma del demandante/representante: _____ Fecha de retiro: (MM/DD/AAAA) _____