

**SOLICITUD DE APELACIÓN**

**Trabajadores de FAA: Llenen lo siguiente SÓLO si el participante desea una apelación**

Sólo para uso de la oficina local	
Case Name:	_____
Case NO:	_____
Mail Drop:	_____
Date Received:	_____

**INFORMACIÓN DEL CLIENTE**

Nombre (*Apellido, Nombre, S.I.*) \_\_\_\_\_

NÚM. SEG. SOC. \_\_\_\_\_ Núm. de caso \_\_\_\_\_

Dirección (*Núm., Calle*) \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_

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

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

Asistencia en Efectivo      Asistencia Nutricional      Seguro Médico de AHCCCS      Control de Tuberculosis

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

Terminación de beneficios      Cantidad de beneficios      Denegación de solicitud      Sobre pago

Otro (*Explique*): \_\_\_\_\_

Razón(es) por la(s) que no estoy de acuerdo con su decisión:

Fecha de aviso con la que no estoy de acuerdo \_\_\_\_\_

Necesita un intérprete      Sí      No (*Si contesto "Sí", ¿cuál idioma?*) \_\_\_\_\_

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

**IMPORTANTE:** Lea sus derechos de apelación en la página 3 de este formulario antes de llenar esta sección sobre beneficios continuos.

**BENEFICIOS CONTINUOS**

Marque una de las casillas a continuación si los beneficios que el participante está apelando se reducen o terminan.

Yo **SÍ** deseo continuar a recibir beneficios durante la apelación

Yo **NO** deseo continuar a recibir beneficios durante la apelación

**NOTA:** Cuando no se selecciona ninguna de las opciones de beneficios continuos, los beneficios pueden continuar automáticamente. Es posible que tenga que reembolsar cualquier cantidad para la que no es elegible.

Nombre (En letra de molde o teclee) \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_ Fecha : \_\_\_\_\_

De conformidad con la Ley de Derechos Civiles Federal y las normas y políticas sobre los derechos civiles del Departamento de Agricultura de los EE. UU. (USDA, por sus siglas en inglés), se prohíbe que el USDA, sus agencias, oficinas, empleados e instituciones que participan o administran programas del USDA discriminen basado en raza, color, nacionalidad, sexo, discapacidad, edad, o en represalia o venganza por actividad previa de derechos civiles en algún programa o actividad administrado o financiado por el USDA.

Las personas con discapacidades que requieren medios alternativos para la comunicación de la información del programa (por ejemplo, sistema Braille, letras grandes, cintas de audio, lenguaje de señas americano, etc.), deben ponerse en contacto con la agencia (estatal o local) en la que solicitaron los beneficios. Las personas sordas, con dificultades de audición o discapacidades del habla pueden comunicarse con el USDA por medio del Federal Relay Service (Servicio Federal de Retransmisión) al (800) 877-8339. Además, la información del programa se puede proporcionar en otros idiomas.

Para presentar una denuncia de discriminación, llene el Formulario de Denuncia de Discriminación del Programa del USDA, (AD-3027) que está disponible en línea en: [http://www.ascr.usda.gov/complaint\\_filing\\_cust.html](http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html), y en cualquier oficina del USDA, o bien escriba una carta dirigida al USDA e incluya en la carta toda la información solicitada en el formulario. Para solicitar una copia del formulario de queja, llame al (866) 632-9992. Presente su formulario llenado o su carta al USDA por:

1. correo: U.S. Department of Agriculture  
Office of the Assistant Secretary for Civil Rights  
1400 Independence Avenue, SW  
Washington, D.C. 20250-9410;
2. fax: (202) 690-7442; or
3. correo electrónico: [program.intake@usda.gov](mailto:program.intake@usda.gov).

Esta institución es un proveedor que ofrece igualdad de oportunidades.

---

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 online or at the local office.

## 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:

- Solicitar una apelación si usted no está de acuerdo con la decisión que tomamos.
- Solicitar una apelación si no tomamos una decisión de una manera oportuna.
- Solicitar una junta antes de la audiencia con el DES a para hablar de su caso.
- Pedir que revise su expediente de caso del DES al comunicarse con su oficina local.
- Obtener una copia de la ley, regla o política que usamos para tomar la decisión sobre su caso.
- Presentar testimonio y evidencia en la audiencia de apelación para apoyar su caso.
- Llevar a un representante o abogado a la audiencia de apelación.

### ¿Qué pasa después de solicitar una apelación?

- Le enviaremos un aviso que le pide que se comunique con nosotros para programar una reunión previa a la audiencia con el DES. Usted no tiene que acudir a la reunión previa a la audiencia. Si lo hace, es posible que podamos resolver el problema.
- Si no se puede resolver el problema, la Oficina de Apelaciones del DES (Office of Appeals en inglés) le enviará un aviso indicándole la fecha y hora de su audiencia de apelación.

### ¿Para qué programas puede solicitar una apelación?

Seguro Médico de AHCCCS, Asistencia en Efectivo, Asistencia Nutricional y Control de Tuberculosis.

### ¿Cómo solicita una apelación?

- Usted puede obtener un formulario de Solicitud de Apelación en la oficina local del DES o por internet en [www.azdes.gov](http://www.azdes.gov)
- Presente su formulario de Solicitud de Apelación llenado a la oficina local del DES o una declaración por escrito en persona, por correo, por fax o entréguelo en la oficina local de DES.
- La declaración que solicita una apelación debe de incluir su dirección, la fecha del aviso con el que no está de acuerdo y una razón por la cual no está de acuerdo con la decisión.
- También usted puede llamar a su oficina local del DES para solicitar una apelación. La dirección y número de teléfono de su oficina local del DES está en el aviso de la decisión.
- [healtharizonaplus.gov](http://healtharizonaplus.gov)

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

Usted tiene que solicitar una apelación dentro de:

- 30 días a partir de la fecha en el aviso de decisión para: Asistencia en Efectivo y Control de Tuberculosis.
- 35 días a partir de la fecha en el aviso de decisión para: AHCCCS.
- 90 días a partir de la fecha en el aviso de decisión para: Asistencia Nutricional.

### ¿Cómo puede continuar a recibir beneficios mientras espera por una apelación?

Puede continuar a recibir beneficios si solicita una apelación dentro de los 10 días posteriores a la fecha de este aviso, o antes de la fecha de vigencia de la decisión con la que no está de acuerdo, lo que ocurra más tarde.

Pero, usted no puede continuar a recibir beneficios mientras espera por una apelación si:

- Su solicitud fue denegada
- Sus beneficios fueron suspendidos porque el período de aprobación finalizó
- Cambió la ley
- Recibió los beneficios máximos bajo el programa

**ADVERTENCIA:** Es posible que tenga que **REEMBOLSAR** cualquier tipo de beneficios en efectivo o de Asistencia Nutricional que usted haya recibido mientras espera por una apelación, si usted no acude a su audiencia de apelación, retira su solicitud de apelación o el juez decide que el DES tuvo razón.