

ARIZONA DEPARTMENT OF ECONOMIC SECURITY
Family Assistance Administration (Administración de Asistencia para Familias)
SOLICITUD DE AUDIENCIA IMPARCIAL

Sólo para el uso de la oficina local
Nombre de caso:
Núm. de caso:
Código de sitio:
Fecha de recepción:

Llene lo siguiente SÓLO si usted desea una Audiencia Imparcial

Datos del Cliente

NOMBRE (Apellido, Primer) NUM. DE SEG. SOC. NUM. DE CASO.
DIRECCIÓN (No., calle, ciudad, estado, CP) TELÉF. (Incluye el Código del Área)

Yo deseo una Audiencia Imparcial para el (los) siguiente(s) programa(s): (Marque casilla)

Asistencia en efectivo Asistencia Alimenticia Seguro Médico de AHCCCS Control de Tuberculosis

Yo deseo una Audiencia Imparcial por que no estoy de acuerdo con: (Marque casilla)

Terminación de beneficios Cantidad de beneficios Denegación de solicitud Sobre pago
Otro (especifique):

LAS RAZONES POR LAS CUALES ESTOY EN DESACUERDO CON SU DECISIÓN:

FECHA DE LA NOTIFICACIÓN CON QUE NO ESTOY DE ACUERDO YO NECESITO UN INTÉRPRETE
Sí No (En caso afirmativo ¿Cuál idioma?):

NECESITO UNA ACOMODACIÓN PARA UNA DISCAPACIDAD

Sí No (En caso afirmativo, explique):

IMPORTANTE: Lea sus derechos de Audiencia Imparcial al dorso de este formulario antes de llenar esta sección.

Marque una de las casillas a continuación si los beneficios que usted actualmente recibe se reducen o terminan.

Yo SÍ deseo seguir recibiendo beneficios durante la audiencia imparcial.
Yo NO deseo seguir recibiendo beneficios durante la audiencia imparcial.

NOMBRE (Escriba en letra de molde o a máquina) FIRMA FECHA

El USDA es un proveedor y empleador con igualdad de oportunidades

El Departamento de Agricultura de los EE.UU (USDA por sus siglas en inglés) prohíbe la discriminación a sus clientes, empleados, y solicitantes de empleo, basada en raza, color, origen nacional, edad, discapacidad, sexo, identidad de género, religión, represalias y dónde corresponde, creencias políticas, estado civil, estado familiar o paternal, orientación sexual, o basada en si todo o parte de los ingresos de un individuo provienen de algún programa de asistencia pública o en información genética protegida en el empleo, en algún programa o actividad conducido o financiado por el Departamento. (No todas las bases corresponderán a todos programas y/o actividades de empleo.)

Si usted desea presentar una queja programática de discriminación sobre los derechos civiles, llene el formulario de Queja de Discriminación del Programa de USDA, que se encuentra en línea en http://www.ascr.usda.gov/complaint\_filing\_cust.html, o ante cualquier Oficina de la USDA, o llame al (866) 632-9992 para solicitar el formulario. También usted puede escribir una carta que contiene toda la información solicitada en el formulario. Nos envíe su formulario o carta de queja por correo a: U.S. Department of Agriculture, Director, Office of Adjudication, 1400 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20250-9410, por fax (202) 690-7442 o correo electrónico a program.intake@usda.gov.

Los individuos quienes son sordos, con discapacidades auditivas, o que tienen discapacidades del habla y que desean presentar una queja ya sea de EEO o del programa, por favor, comuníquese con el USDA mediante el Servicio Federal de Retransmisión al (800) 877-8339 o (800) 845-6136 (español).

Las personas con discapacidades quienes desean presentar una queja, por favor, consulten la información arriba sobre cómo comunicarse con nosotros directamente o por correo electrónico. Si usted requiere un método de comunicación alternativo para recibir información programática (p. ej., Braille, letra grande, cinta de audio, etc.) por favor, comuníquese con el Centro de TARGET del USDA al (202) 720-2600 (voz y TDD).

## SUS DERECHOS A AUDIENCIAS IMPARCIALES

El DES tiene que enviarle una notificación cuando se toma una decisión sobre su caso. Una Audiencia Imparcial 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 Audiencia Imparcial si usted no está de acuerdo con la decisión que tomamos.
- Solicitar una Audiencia Imparcial si no tomamos una decisión de una manera oportuna.
- Solicitar una junta antes de la audiencia con el DES para hablar de su caso.
- Pedir que revise su expediente de DES al comunicarse con la oficina local.
- Obtenga una copia de la ley, regla o política que usamos para tomar la decisión sobre su caso.
- Presentar testimonio y evidencia en la Audiencia Imparcial para apoyar su caso.
- Traer a un representante o abogado a la Audiencia Imparcial

### ¿Qué pasa después de solicitar una Audiencia Imparcial?

- Le enviaremos una notificación que le pide que se comunice con nosotros para programar una revisión previa a la audiencia con el DES. Usted no tiene que asistir a la revisión previa a la audiencia. Si usted sí lo hace, es posible que podemos resolver el problema.
- Si no se puede resolver el problema, la Oficina de Apelaciones del DES le enviará un aviso que dice la fecha y hora de su Audiencia Imparcial.

### ¿Para cuáles programas puede alguien solicitar una Audiencia Imparcial?

Seguro Médico de AHCCCS, Asistencia en efectivo, Asistencia Alimenticia, y el Control de Tuberculosis.

### ¿Cómo solicita una Audiencia Imparcial?

- Usted puede obtener un formulario de Solicitud de audiencia imparcial en la oficina local de DES o el Internet en [www.azdes.gov](http://www.azdes.gov)
- Dé su formulario de Solicitud de Audiencia imparcial llenado a la oficina local del DES o una declaración por escrito en persona, por correo, por fax o dejarla en la oficina local de DES.
- La declaración que solicita una Audiencia Imparcial debe de incluir su domicilio, la fecha de la notificación con que usted no está de acuerdo, y una razón por qué no está de acuerdo con la decisión.
- También usted puede llamar a la Oficina local de DES para solicitar una Audiencia Imparcial. La dirección y número de teléfono de la oficina local de DES está en la notificación de la decisión.
- [healtharizonaplus.gov](http://healtharizonaplus.gov)

### ¿Cuándo es la fecha límite para solicitar una Audiencia Imparcial?

Usted tiene que solicitar una Audiencia Imparcial dentro de:

- 30 días a partir de la fecha que aparecen en la notificación de decisión para: Asistencia en efectivo, y el Control de Tuberculosis.
- 35 días a partir de la fecha de la notificación de decisión para: AHCCCS
- 90 días a partir de la fecha de la notificación de decisión para: Asistencia Alimenticia.

### ¿Cómo puede usted seguir recibiendo beneficios mientras espera la Audiencia imparcial?

Usted puede seguir recibiendo beneficios si usted solicita una Audiencia Imparcial antes de la fecha límite de la decisión con que usted no está de acuerdo.

Pero, usted puede seguir recibiendo beneficios mientras espera la Audiencia Imparcial si:

- Su solicitud se deniega
- Sus beneficios se terminaron porque se terminó el periodo de aprobación
- La ley ha cambiado
- Usted recibió los máximos beneficios bajo el programa

**CAUIDADO:** Es posible que usted tendría que **REEMBOLSAR** cualquier tipo de beneficios en efectivo o de Asistencia Alimenticia que usted ha recibido mientras espera una Audiencia Imparcial, si usted no acude a su Audiencia Imparcial, usted retira su Solicitud de Audiencia Imparcial, o si el juez decide que el DES tuvo razón.

---

Programa y Empleador con 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. El Departamento tiene que hacer las adaptaciones razonables para permitir que una persona con una discapacidad participe en un programa, servicio o actividad. Esto significa por ejemplo que, si es necesario, el Departamento tiene que proporcionar intérpretes de lenguaje de señas para personas sordas, un establecimiento con acceso para sillas de ruedas o material con letras grandes. También significa que el Departamento tomará cualquier otra medida razonable que le permita a usted entender y participar en un programa o en una actividad, incluso efectuar cambios razonables en la actividad. Si usted cree que su discapacidad le impedirá entender o participar en un programa o actividad, por favor infórmenos lo antes posible de lo que usted necesita para acomodar su discapacidad. Para obtener este documento en otro formato u obtener información adicional sobre esta política, comuníquese con el gerente de 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 in your local office.