

SOLICITUD DE APELACIÓN

Vea la página 2 sobre cómo presentar una apelación

INFORMACIÓN DEL CLIENTE

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

Núm. de ID de la solicitud HEAplus: _____ Núm. de caso AZTECS: _____

Dirección (*Núm., Calle*): _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Número de teléfono (*Incluya el código de 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 los beneficios Denegación de la solicitud Sobre pago

Otro (*Explique*): _____

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

Fecha del aviso con el que no estoy 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 contestó "Sí", explique*) _____

CONTINUACIÓN DE BENEFICIOS

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 una 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: _____

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 derecho a:

- Pedir una apelación si no está de acuerdo con cualquier 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 una 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 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 se pide una apelación?

- Acceda a su cuenta en línea (por internet) al visitar healtharizonaplus.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 una solicitud de apelación verbal, llame al:
Unidad de Trámite de Apelaciones (APU): o **Oficina de Apelaciones:**
Teléfono: 602-774-9279 Teléfono: 602-771-9019 o Gratis al: 877-528-3330

¿Cuál es la fecha límite para pedir 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 con traducciones relacionadas a los servicios del DES está disponible a solicitud del cliente. • Available in English on-line or at the local office.