

Arizona Department of  
Economic Security  
Administración de  
Asistencia para Familias  
**Solicitud de Apelación**

*Vea la página 15 para sus  
derechos de apelación  
y cómo presentar  
una apelación.*

**Información del cliente**

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

---

Vea las páginas 22-27  
para leer la declaración  
de USDA/EOE/ADA

ID de solicitud HEAplus:

---

Número de caso AZTECS:

---

Dirección (*Núm., Calle*):

---

---

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

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

Código postal: \_\_\_\_\_

Número de teléfono (*con código de área*):

---

**Quiero presentar una  
apelación por los  
siguientes programas:  
*(marque la casilla)***

Asistencia Nutricional

Reducción de pagos en  
exceso de Asistencia  
Nutricional

Asistencia en Efectivo

Control de Tuberculosis

Asistencia Médica

Asistencia Médica

*Acelerada (consulte la  
página once para conocer  
los requisitos)*

**Quiero presentar una  
apelación porque no  
estoy de acuerdo con:  
*(marque la casilla)***

Suspensión de los  
beneficios

Cantidad de los beneficios

Denegación de la solicitud

Pago en exceso

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

*(Seleccione la ubicación a continuación):*

Phoenix

Tucson

***Tenga en cuenta: Si no selecciona una opción, la audiencia se celebraría por teléfono.***

Necesito un intérprete:

Sí No

Si contestó "Sí", ¿en qué idioma?

---

Necesito una adaptación por una discapacidad:

Sí No

Si contesto "Sí", explique:

## Beneficios continuos de Asistencia en Efectivo y Nutrición

**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

# **Beneficios continuos de Asistencia Médica**

Sus beneficios médicos continuarán automáticamente cuando solicite una apelación antes de la fecha límite de apelación. No tendrá que pagar los beneficios recibidos durante la apelación, incluso si el juez no decide a su favor. Si está recibiendo beneficios de ALTCS y tiene una parte del costo de ALTCS, el monto que paga por su parte del

costo se mantendrá en el monto que estaba pagando antes de recibir la carta de decisión.

## Opción para pedir una apelación acelerado para decisiones de Asistencia Médica

Para que se le apruebe una apelación acelerada, debe brindarnos una declaración firmada de un proveedor médico que incluya ***todo lo siguiente***:

- El cliente tiene un procedimiento o

tratamiento programado, o el individuo no puede programar un procedimiento o tratamiento debido a la falta de cobertura;

- El o la cliente no tiene al presente seguro médico que cubriera la mayor parte del costo de tratamiento; y
- La salud del cliente o su capacidad para alcanzar, mantener o recuperar la funcionalidad completa se pondrá en riesgo si el cliente debe retrasar

un procedimiento o tratamiento durante 90 días o menos a partir de la fecha de la solicitud de apelación.

**La declaración del proveedor médico debe presentarse con esta solicitud de apelación. Si presenta una solicitud de apelación acelerada y no presenta una declaración que cumpla con todos los criterios anteriores, se rechazará su solicitud de apelación acelerada.**

**Nombre** (*En letra de molde o tectlee*):

---

**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 el 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, Asistencia  
Médica Acelerada y Control  
de Tuberculosis.

## **¿Cómo se pide una apelación?**

- Acceda a su cuenta en línea (por internet) al visitar [healthearizonaplus.gov](http://healthearizonaplus.gov)
- Llene este formulario y

entregue el formulario  
llenado:

Por fax:

Appeals Processing Unit  
(Unidad de Trámite de  
Apelaciones / APU) al  
602-257-7058 -o-

Office of Appeals Phoenix  
(Oficina de Apelaciones en  
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:

**Appeals Processing  
Unit (APU):**

Teléfono: 602-774-9279

0

## **Office of Appeals:**

Teléfono: 602-771-9019 o

Gratis al: 877-525-9990

## **¿Cuál es la fecha límite para pedir una apelación?**

Usted debe pedir una 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.

De acuerdo con la ley federal de derechos civiles y las normas y políticas de derechos civiles del Departamento de Agricultura de los Estados Unidos (USDA), esta entidad está prohibida de discriminar por motivos de raza, color, origen nacional, sexo

(incluyendo identidad de género y orientación sexual), credo religioso, discapacidad, edad, creencias políticas, o represalia o retorsión por actividades previas de derechos civiles.

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 queja por discriminación en el programa, el reclamante debe llenar un formulario



AD-3027, formulario de queja por discriminación en el programa del USDA que puede obtenerse en línea en: <https://www.usda.gov/sites/default/files/documents/ad-3027s.pdf>, en cualquier oficina del USDA, llamando al (833) 620-1071, o escribiendo una carta dirigida al USDA. La carta debe contener el nombre del demandante, la dirección, el número de teléfono y una descripción escrita de la acción discriminatoria alegada con suficiente detalle para informar al Subsecretario

de Derechos Civiles (ASCR) sobre la naturaleza y fecha de una presunta violación de derechos civiles.

El formulario AD-3027 completado o la carta debe presentarse por:

**1. correo:**

Food and Nutrition  
Service, USDA  
1320 Braddock Place,  
Room 334  
Alexandria, VA 22314; o

**2. fax:**

(833) 256-1665, o  
(202)-690-7442; o bien  
por

### **3. correo electrónico:** **[FNSCIVILRIGHTS](mailto:FNSCIVILRIGHTS.COMPLAINTS@usda.gov)** **[COMPLAINTS@usda.gov](mailto:FNSCIVILRIGHTS.COMPLAINTS@usda.gov)**

Esta institución es un proveedor que ofrece igualdad de oportunidades.

---

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. • Available in English on-line or at the local office.