

# RETIRAR O SUSPENDER BENEFICIOS/SOLICITUD DE APELACIÓN

Por favor, escriba toda la información con LETRA DE MOLDE

Nombre de Caso: \_\_\_\_\_ Número de Caso: \_\_\_\_\_

1. Deseo **RETIRAR MI SOLICITUD O SUSPENDER MIS BENEFICIOS** para los programas indicados a continuación:

- Seguro Médico de AHCCCS      Asistencia Nutricional      Control de Tuberculosis
- Asistencia en Efectivo o Programa de Empleo para Ambos Padres (TPEP por sus siglas en inglés)

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

Deseo que se **SUSPENDAN** los beneficios para:

NOMBRE	FECHA DE NACIMIENTO	RELACIÓN A USTED

*Si está trabajando, usted y su familia pueden tener elegibilidad para recibir beneficios de Seguro Médico de AHCCCS y/o Asistencia Nutricional. Por favor, hable con su trabajador antes de retirar su solicitud o suspender sus beneficios.*

Indique la razón por la que se **RETIRA LA SOLICITUD O SUSPENDEN LOS BENEFICIOS**:

- Empleo (*Nombre*) \_\_\_\_\_ empezó a trabajar en (*Fecha*) \_\_\_\_\_  
 y gana (*Cantidad*) \_\_\_\_\_ por (*Hora/día/semana*) \_\_\_\_\_  
 en (*Nombre y número de teléfono del empleador*) \_\_\_\_\_
- Mudanza fuera del estado (*Estado al que se muda*) \_\_\_\_\_ Fecha de mudanza: \_\_\_\_\_  
 Cuánto tiempo estará fuera del estado: \_\_\_\_\_
- Otra: \_\_\_\_\_

2. Deseo **RETIRAR** mi solicitud de **APELACIÓN** para los siguientes programas:

- Seguro Médico de AHCCCS      Asistencia Nutricional      Control de Tuberculosis
- Asistencia en Efectivo o Programa de Empleo para Ambos Padres (TPEP por sus siglas en inglés)

**Entiendo que si recibí Asistencia en Efectivo y/o Asistencia Nutricional mientras esperaba una apelación, es posible que tenga que devolver los beneficios a los que no tenía elegibilidad. Entiendo que si solicité una apelación debido a un sobrepago y retiro mi solicitud de apelación, tendré que reembolsar el sobrepago.**

La razón por la que RETIRO mi solicitud de APELACIÓN es: \_\_\_\_\_

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

**AGENCY USE ONLY (para el uso exclusivo de la Agencia)**

Date verbal withdrawal received: \_\_\_\_\_ Worker's D0 Number: \_\_\_\_\_

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.

La información sobre el programa puede estar disponible en otros idiomas que no sean el inglés. Personas con discapacidad que requieran medios alternos de comunicación para obtener información sobre el programa (por ejemplo, Braille, letra grande, cinta de audio, lenguaje de señas americano), debe ponerse en contacto con la agencia (estatal o local) donde solicitaron los beneficios. Las personas sordas, con dificultades auditivas o con discapacidades del habla pueden comunicarse con el USDA a través del Servicio Federal de Retransmisión al (800) 877-8339.

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:**

[FNSCIVILRIGHTSCOMPLAINTS@usda.gov](mailto:FNSCIVILRIGHTSCOMPLAINTS@usda.gov)

Esta entidad es un proveedor que brinda 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.