

**ARIZONA DEPARTMENT OF
ECONOMIC SECURITY**
**Administración de Asistencia
para Familias**

**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)**

**Vea la páginas 5-8 para las declaraciones de
USDA/EOE/ADA/LEP/GINA**

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

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.