

**SOLICITUD DE RETIRO O TERMINACIÓN****INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE**Nombre (*Apellido, Nombre, S.I.*) \_\_\_\_\_ Tel. (*Con código de área*) \_\_\_\_\_Dirección (*Núm., Calle*) \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_

ID de cliente o Número de Seguro Social \_\_\_\_\_

*(Llene las secciones A, B y C)***A. Deseo retirar o terminar:**

Mi solicitud de asistencia para Cuidado de Niños

Mi asistencia para Cuidado de Niños \_\_\_\_\_

Mi solicitud de audiencia imparcial. *Entiendo que si recibí asistencia para Cuidado de Niños mientras esperaba los resultados de una audiencia, es posible que tenga que reembolsar cualquier beneficio recibido para el cual no soy elegible.***B. Razón del retiro o terminación:**Me mudo fuera del estado a (*Estado*) \_\_\_\_\_. Fecha de la mudanza (*Mes/Día/Año*) \_\_\_\_\_Otra (*explique*): \_\_\_\_\_**C. Entiendo que esta solicitud resultará en la terminación de mi asistencia para Cuidado de Niños, la denegación de mi solicitud de asistencia para Cuidado de Niños o el retiro de mi solicitud de audiencia imparcial.**Cliente (*Apellido, Nombre, S.I.*) \_\_\_\_\_ Mes/Día/Año \_\_\_\_\_

Firma del cliente \_\_\_\_\_ Mes/Día/Año \_\_\_\_\_

Firma del Especialista en Cuidado de Niños \_\_\_\_\_ Mes/Día/Año \_\_\_\_\_

**SÓLO PARA USO DE LA OFICINA****Para llenarse por el Especialista en Cuidado de Niños del DES****D. Solicitud de retiro o terminación verbal (para llenarse por el Especialista junto con las secciones A y B cuando el cliente haga la solicitud verbalmente).**Cliente (*Apellido, Nombre, S.I.*) \_\_\_\_\_ Mes/Día/Año \_\_\_\_\_

Firma del Especialista en Cuidado de Niños \_\_\_\_\_ Mes/Día/Año \_\_\_\_\_

Fecha de la solicitud verbal (*Mes/Día/Año*) \_\_\_\_\_ En persona Por teléfonoDistribución: Original - CCA, Copia – Cliente, Copia – Oficina de Apelaciones (*si corresponde*)

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. Para obtener este documento en otro formato u obtener información adicional sobre esta política, llame al 602-542-4248; 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 online or in your local office.