

**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:**

---

**Vea la páginas 9-16 para las  
declaraciones de USDA/EOE/  
ADA/LEP/GINA**

- 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:**

<b>NOMBRE</b>	<b>FECHA DE NACIMIENTO</b>	<b>RELACIÓN A USTED</b>

***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](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:**

**[FNSCIVILRIGHTSCOMPLA  
INTS@usda.gov](mailto:FNSCIVILRIGHTSCOMPLA<br/>INTS@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 online or at the local office.**