

**ARIZONA DEPARTMENT  
OF ECONOMIC SECURITY  
Administración de  
Asistencia para Familias  
SOLICITUD DE  
APELACIÓN**

***Vea la página 16  
para sus derechos  
de apelación y cómo  
presentar una apelación.***

**INFORMACIÓN DEL  
CLIENTE**

**Nombre (*Apellido,***

**Vea las páginas 24-30 para  
leer las declaraciones de  
USDA/EOE/ADA**

***Nombre y S.I.):***

---

**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 dos 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 AELACIÓN  
ACELERADO PARA  
DECISIONES DE  
AYUDA 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 teclee*):**

---

**Firma:** \_\_\_\_\_

**Fecha:** \_\_\_\_\_

# **SUS 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 comuniquen 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 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: 877-528-3330**

**¿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**  
**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 online or at the local office.**