Versión en español está disponible en la página 5

Appealing a DES Decision about Cash or Nutrition Assistance

Frequently Asked Questions

What is Cash Assistance?

Cash Assistance (CA) is a program that helps individuals and families meet their basic needs by providing cash and other temporary supports while they work towards becoming self-sufficient.

What is Nutrition Assistance?

Nutrition Assistance (NA) (formerly the Food Stamp Program) program supports individuals and families to prevent under-nutrition in Arizona.

What can I appeal?

You have the right to file an appeal of any notice received from Department of Economic Security (DES) if you disagree with the decision made except if the decision is based on a recent change in law.

What are the appeal deadlines for CA and NA decisions?

The deadline to appeal a CA decision notice is **30 days** from the date of the notice you are contesting.
The deadline to appeal a NA decision notice is **90 days** from the date of the notice you are contesting.
IMPORTANT!! If your CA or NA is being stopped, there is a **10 day** appeal deadline if you would like to continue receiving assistance while your appeal is pending.

When can I request continuing benefits pending an appeal?

Generally, continuing benefits can only be requested if you are already receiving assistance and wish to continue receiving assistance while your appeal is processed.
See DES "Your Fair Hearing Rights" on page 3 for specific details.

Are there any risks to receiving continuing benefits pending an appeal?

Yes, there is risk of incurring financial liability for any assistance you received if you do not win your appeal.

Where can I obtain a Fair Hearing Request form?

The Fair Hearing Request form is usually located on the last page of your decision notice. You can also find it online. If your decision notice does not have one or you do not have internet access, call the DES Office of Appeals/Appellate Services Administration at 602-514-4600 to ask how you could obtain one or file a verbal appeal. If you file a verbal appeal, make sure to write down the date you appealed, the name of DES agent who accepted your appeal, and the confirmation number (if available) as proof of your timely appeal.

How do I fill out the Fair Hearing Request form?

(see sample Fair Hearing Request form on page 4)

Step 1: Write your name, Social Security number, case number, address and phone number.

Step 2: Indicate whether you are appealing a CA or NA decision.

Step 3: Indicate whether you are appealing a termination of benefits, incorrect benefit amount, a denial of an application, an overpayment or something else.

Step 4: Write a statement explaining why you are appealing. This statement could be as short as: *"I disagree with decision dated 01/01/2019."*

Step 5: Write the date of the notice you are appealing.

Step 6: Indicate if you need an interpreter.

Step 7: Indicate if you need an ADA accommodation. Accommodations can include things such as an in-person hearing, large font, etc.

Step 8: Indicate whether you would like to request continuing benefits. Remember there is a **10 day** appeal deadline to request continuing benefits and a risk of incurring an overpayment if you do not win your appeal.

Step 9: Write your name**,** sign, and date your Fair Hearing Request form.

Step 10: Submit your Fair Hearing Request form. It can be submitted in person or via fax.

In-person* appeals can be submitted your local DES office. If you do not know your local DES office, you can find it online.
**Please remember to obtain a date-stamped receipt of your appeal request for your records.*

Fax** appeals can be submitted to the:
DES Office of Appeals/Appellate Services Administration at (602) 257-7055
***Please remember to keep the fax receipt of your appeal request for your records.*

Step 11: Call Community Legal Services at (602-258-3434) for possible legal advice **OR** representation with your appeal.

YOUR FAIR HEARING RIGHTS

DES must send you a notice when a decision is made on your case. A Fair Hearing is your chance to explain your case to a judge who will decide if DES made the right decision.

You have the right to:

- Ask for a Fair Hearing if you do not agree with the decision we made.
- Ask for a Fair hearing if we have not made a timely decision.
- Ask for a pre-hearing meeting with DES to discuss your case.
- Ask to review your DES case file by contacting your local office.
- Get a copy of the law, rule or policy that we used in your decision.
- Present testimony and evidence at the Fair Hearing to support your case
- Bring a representative or lawyer to the Fair Hearing

What happens after you ask for a Fair Hearing?

- We will send you a notice asking you to contact us for a pre-hearing meeting with DES. You do not have to come to the pre-hearing meeting. If you do, we may be able to fix the problem.
- If the problem cannot be fixed, the DES Office of Appeals will send you a notice telling you the date and time of your Fair Hearing.

What programs can you ask for a Fair Hearing?

AHCCCS Health Insurance, Cash Assistance, Nutrition Assistance, and Tuberculosis Control.

How do you ask for a Fair Hearing?

- You can get a Fair Hearing Request form at the local DES office or on the internet at www.azdes.gov
- Give the local DES office your completed Fair Hearing Request form or a written statement in person, by mail, by Fax, or by dropping it off at the local DES office.
- The statement asking for a Fair Hearing should include your address, date of the notice you do not agree with, and a reason why you do not agree with the decision.
- You can also call your local DES office to ask for a Fair Hearing. The address and phone number of your local DES office is on your decision notice.
- healthearizonaplus.gov

What is the deadline to ask for a Fair Hearing?

You must ask for a Fair Hearing within:

- 30 days from the date on the decision notice for: Cash Assistance, and Tuberculosis Control.
- 35 days from the date of the decision notice for: AHCCCS
- 90 days from the date on the decision notice for: Nutrition Assistance.

How can you keep getting benefits while you wait for a Fair Hearing?

You may keep getting benefits if you ask for a Fair Hearing before the effective date of the decision you do not agree with.

But, you cannot keep getting benefits while you wait for a Fair Hearing if:

- Your application was denied
- The law changed
- Your benefits were stopped because the approval period ended
- You received the maximum benefits under the program

CAUTION: You may have to **PAY BACK** any type of cash benefits or Nutrition Assistance benefits you received while waiting for a Fair Hearing if you do not go to your Fair Hearing, you withdraw your Fair Hearing request, or the judge decides that DES was correct.

Equal Opportunity Employer/Program • Under Titles VI and VII of the Civil Rights Act of 1964 (Title VI & VII), and the Americans with Disabilities Act of 1990 (ADA), Section 504 of the Rehabilitation Act of 1973, the Age Discrimination Act of 1975, and Title II of the Genetic Information Nondiscrimination Act (GINA) of 2008; the Department prohibits discrimination in admissions, programs, services, activities, or employment based on race, color, religion, sex, national origin, age, disability, genetics and retaliation. The Department must make a reasonable accommodation to allow a person with a disability to take part in a program, service or activity. For example, this means if necessary, the Department must provide sign language interpreters for people who are deaf, a wheelchair accessible location, or enlarged print materials. It also means that the Department will take any other reasonable action that allows you to take part in and understand a program or activity, including making reasonable changes to an activity. If you believe that you will not be able to understand or take part in a program or activity because of your disability, please let us know of your disability needs in advance if at all possible. To request this document in alternative format or for further information about this policy, contact your local office manager; TTY/TDD Services: 7-1-1. • Free language assistance for DES services is available upon request. • Disponible en español en línea o en la oficina local.

FA-100-PD (4-15)

ARIZONA DEPARTMENT OF ECONOMIC SECURITY
Family Assistance Administration

FAIR HEARING REQUEST

Local Office Use Only
Case Name:
Case No.:
Site Code:
Date Received:

Step 1:

Complete the following ONLY if you want a Fair Hearing

Customer Information

NAME *(Last, First)*	SOC. SEC. NO.	CASE NO.

ADDRESS *(No., Street, City, State, ZIP)*	PHONE NO. *(Include area code)*

Step 2:

I Want a Fair Hearing for the following program(s): ***(Check Box)***

☐ Cash Assistance ☐ Nutrition Assistance ☐ AHCCCS Health Insurance ☐ Tuberculosis Control

Step 3:

I Want a Fair Hearing because I do not agree with: ***(Check Box)***

☐ End of Benefits ☐ Amount of Benefits ☐ Denial of Application ☐ Overpayment

☐ Other *(Explain):*

Step 4:

REASON(S) WHY I DISAGREE WITH YOUR DECISION:

Step 5:

DATE OF NOTICE I DO NOT AGREE WITH

Step 6:

I NEED AN INTERPRETER

☐ Yes ☐ No *(If yes, what language?):*

Step 7:

I NEED AN ACCOMMODATION FOR A DISABILITY

☐ Yes ☐ No *(If yes, explain)*:

Step 8:

IMPORTANT: Read your Fair Hearing Rights on the back of this form before filling out this section.

Check one of the boxes below if the benefits you get now are being cut or stopped.

☐ I **DO** want to keep getting benefits during my Fair Hearing.

☐ I **DO NOT** want to keep getting benefits during my Fair Hearing.

Step 9:

NAME *(Print or type)*	SIGNATURE	DATE

USDA is an equal opportunity provider and employer.

The U.S. Department of Agriculture (USDA) prohibits discrimination against its customers, employees, and applicants for employment on the bases of race, color, national origin, age, disability, sex, gender identity, religion, reprisal and, where applicable, political beliefs, marital status, familial or parental status, sexual orientation, or all or part of an individual's income is derived from any public assistance program, or protected genetic information in employment or in any program or activity conducted or funded by the Department. (Not all prohibited bases will apply to all programs and/or employment activities.)

If you wish to file a Civil Rights program complaint of discrimination, complete the USDA Program Discrimination Complaint Form, found online at http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html, or at any USDA office, or call (866) 632-9992 to request the form. You may also write a letter containing all of the information requested in the form. Send your completed complaint form or letter to us by mail at U.S. Department of Agriculture, Director, Office of Adjudication, 1400 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20250-9410, by fax (202) 690-7442 or email at program.intake@usda.gov.

Individuals who are deaf, hard of hearing, or have speech disabilities and wish to file either an EEO or program complaint please contact USDA through the Federal Relay Service at (800) 877-8339 or (800) 845-6136 (in Spanish).

Persons with disabilities who wish to file a program complaint, please see information above on how to contact us by mail directly or by email. If you require alternative means of communication for program information (e.g., Braille, large print, audiotape, etc.) please contact USDA's TARGET Center at (202) 720-2600 (voice and TDD).

Community
Legal Services
Advocate. Litigate. Educate.

Apelando una Decisión de DES sobre Asistencia Nutricional o Asistencia en Efectivo

Preguntas Frecuentes

¿Qué es Asistencia en Efectivo?

Asistencia en Efectivo (CA, por sus siglas en inglés) es un programa que ayuda a familias cubrir sus necesidades básicas al proveer dinero efectivo y otros apoyos temporales mientras ellos trabajan para llegar a ser autosuficientes.

¿Qué es Asistencia Nutricional?

Asistencia Nutricional (NA, por sus siglas en ingles) (anteriormente llamado Programa de Estampillas para Alimentos) es una programa que apoya a personas y familias a prevenir la desnutrición en Arizona.

¿Qué puedo apelar?

Usted tiene el derecho de presentar una apelación de cualquier notificación recibida del Departamento de Seguridad Económica (DES, por sus siglas en ingles) si no está de acuerdo con la decisión al menos que sea una decisión basada en un cambio de ley reciente.

¿Qué son los plazos de apelación para decisiones de CA o NA?

El plazo de apelación para decisiones de CA es de **30 días** de la fecha de la notificación que estás disputando. El plazo de apelación para decisiones de NA es de **90 días** de la fecha de la notificación que estás disputando. **¡¡IMPORTANTE!!** Si sus beneficios de CA o NA fueron suspendidos, tienes un plazo de apelación de **10 días** si quieres continuar recibiendo asistencia mientras su apelación está pendiente.

¿Cuándo puedo pedir beneficios continuos mientras una apelación está pendiente?

En general, beneficios continuos solamente pueden ser solicitados si ya está recibiendo asistencia y desea seguir recibiéndolos mientras su apelación es procesada.
Vea DES “Sus Derechos a Audiencias Imparciales” en la página 3 para detalles específicos.

¿Hay algunos riesgos de recibir beneficios continuos mientras una apelación está pendiente?

Sí, hay un riesgo de incurrir la responsabilidad financiera por cualquier asistencia que recibió si no gana su apelación.

¿Dónde puedo obtener un formulario de Solicitud de Audiencia Imparcial?

El formulario de Solicitud de Audiencia Imparcial normalmente está disponible en la última página de su notificación de decisión. También lo puede encontrar en línea. Si su notificación de decisión no tiene uno o no tiene acceso al internet, llame a la Oficina de Apelaciones/Administración de Servicios de Apelación de DES al (602) 514-4600 para preguntar cómo puede obtener uno o presentar una apelación verbal. Si presenta una apelación verbal, asegúrese de escribir la fecha que apelo, el nombre del agente de DES que acepto su apelación y un numero de apelación (si está disponible) como prueba de una apelación puntual.

¿Cómo completo el formulario de Solicitud de Audiencia Imparcial?

(vea una muestra de un formulario de Solicitud de Audiencia Imparcial en la página 8)

Paso 1: Escriba su nombre, numero de Seguro Social, numero de caso, dirección y numero de teléfono.

Paso 2: Indique si usted esta apellando una decisión de CA o NA.

Paso 3: Indique si esta apelando una suspensión de beneficios, una cantidad de beneficios incorrecta, una denegación de una aplicación, un sobrepago o algo mas.

Paso 4: Escriba una declaración explicando por qué está apelando. Esta declaración puede ser tan breve como: "Yo no estoy de acuerdo con la decisión fechada el 1ro de enero de 2019."

Paso 5: Escriba la fecha de la notificación que esta apelando.

Paso 6: Indique si necesita un interprete.

Paso 7: Indique si necesita una adaptación por incapacidad. Adaptaciones pueden incluir cosas como una audiencia en persona, documentos escritos en letra grande, etc.

Paso 8: Indique si quiere solicitar beneficios continuos. Recuerde que tiene un plazo de apelación de **10 días** para solicitar beneficios continuos y que hay un riesgo de incurrir la responsabilidad financiera si su apelación no tiene éxito.

Paso 9: Escriba su nombre, firme, y feche su formulario de Solicitud de Audiencia Imparcial.

Paso 10: Entregue su formulario de Solicitud de Audiencia Imparcial. Puede ser entregado en persona o por fax.

Apelaciones **en persona*** pueden ser entregados en su oficina local de DES. Si no sabe dónde se encuentra su oficina local de DES, la puede buscar en línea.
**Por favor recuerde de obtener un recibo se su apelación con la fecha sellada para sus archivos.*

Apelaciones pueden ser enviadas por **fax**** a la Oficina de Apelaciones/Administración de Servicios de Apelaciones al (602)257-7055.
***Por favor recuerde de guardar una copia de su recibo de fax de apelación para sus archivos.*

Paso 11: Llame a Community Legal Services al (602) 258-3434 para posiblemente recibir asesoría legal **O** representación en su apelación.

SUS DERECHOS A AUDIENCIAS IMPARCIALES

El DES tiene que enviarle una notificación cuando se toma una decisión sobre su caso. Una Audiencia Imparcial es su oportunidad de explicar su caso ante un juez quien decidirá si el DES tomó la decisión correcta.

Usted tiene el derecho a:

- Solicitar una Audiencia Imparcial si usted no está de acuerdo con la decisión que tomamos.
- Solicitar una Audiencia Imparcial si no tomamos una decisión de una manera oportuna.
- Solicitar una junta antes de la audiencia con el DES para hablar de su caso.
- Pedir que revise su expediente de DES al comunicarse con la oficina local.
- Obtenga una copia de la ley, regla o política que usamos para tomar la decisión sobre su caso.
- Presentar testimonio y evidencia en la Audiencia Imparcial para apoyar su caso.
- Traer a un representante o abogado a la Audiencia Imparcial

¿Qué pasa después de solicitar una Audiencia Imparcial?

- Le enviaremos una notificación que le pide que se comunique con nosotros para programar una revisión previa a la audiencia con el DES. Usted no tiene que asistir a la revisión previa a la audiencia. Si usted sí lo hace, es posible que podemos resolver el problema.
- Si no se puede resolver el problema, la Oficina de Apelaciones del DES le enviará un aviso que dice la fecha y hora de su Audiencia Imparcial.

¿Para cuáles programas puede alguien solicitar una Audiencia Imparcial?

Seguro Médico de AHCCCS, Asistencia en efectivo, Asistencia Alimenticia, y el Control de Tuberculosis.

¿Cómo solicita una Audiencia Imparcial?

- Usted puede obtener un formulario de Solicitud de audiencia imparcial en la oficina local de DES o el Internet en www.azdes.gov
- Dé su formulario de Solicitud de Audiencia imparcial llenado a la oficina local del DES o una declaración por escrito en persona, por correo, por fax o dejarla en la oficina local de DES.
- La declaración que solicita una Audiencia Imparcial debe de incluir su domicilio, la fecha de la notificación con que usted no está de acuerdo, y una razón por qué no está de acuerdo con la decisión.
- También usted puede llamar a la Oficina local de DES para solicitar una Audiencia Imparcial. La dirección y número de teléfono de la oficina local de DES está en la notificación de la decisión.
- healthearizonaplus.gov

¿Cuándo es la fecha límite para solicitar una Audiencia Imparcial?

Usted tiene que solicitar una Audiencia Imparcial dentro de:

- 30 días a partir de la fecha que aparecen en la notificación de decisión para: Asistencia en efectivo, y el Control de Tuberculosis.
- 35 días a partir de la fecha de la notificación de decisión para: AHCCCS
- 90 días a partir de la fecha de la notificación de decisión para: Asistencia Alimenticia.

¿Cómo puede usted seguir recibiendo beneficios mientras espera la Audiencia imparcial?

Usted puede seguir recibiendo beneficios si usted solicita una Audiencia Imparcial antes de la fecha límite de la decisión con que usted no está de acuerdo.

Pero, usted puede seguir recibiendo beneficios mientras espera la Audiencia Imparcial si:

- Su solicitud se deniega
- La ley ha cambiado
- Sus beneficios se terminaron porque se terminó el periodo de aprobación
- Usted recibió los máximos beneficios bajo el programa

CUIDADO: Es posible que usted tendría que **REEMBOLSAR** cualquier tipo de beneficios en efectivo o de Asistencia Alimenticia que usted ha recibido mientras espera una Audiencia Imparcial, si usted no acude a su Audiencia Imparcial, usted retira su Solicitud de Audiencia Imparcial, o si el juez decide que el DES tuvo razón.

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. El Departamento tiene que hacer las adaptaciones razonables para permitir que una persona con una discapacidad participe en un programa, servicio o actividad. Esto significa por ejemplo que, si es necesario, el Departamento tiene que proporcionar intérpretes de lenguaje de señas para personas sordas, un establecimiento con acceso para sillas de ruedas o material con letras grandes. También significa que el Departamento tomará cualquier otra medida razonable que le permita a usted entender y participar en un programa o en una actividad, incluso efectuar cambios razonables en la actividad. Si usted cree que su discapacidad le impedirá entender o participar en un programa o actividad, por favor infórmenos lo antes posible de lo que usted necesita para acomodar su discapacidad. Para obtener este documento en otro formato u obtener información adicional sobre esta política, comuníquese con el gerente de la oficina local; 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 on line or in your local office.

FA-100-PDS (4-15)

ARIZONA DEPARTMENT OF ECONOMIC SECURITY
Family Assistance Administration (Administración de Asistencia para Familias)

SOLICITUD DE AUDIENCIA IMPARCIAL

Sólo para el uso de la oficina local
Nombre de caso:
Núm. de caso:
Código de sitio:
Fecha de recepción:

Paso 1:

Llene lo siguiente SÓLO si usted desea una Audiencia Imparcial

Datos del Cliente

NOMBRE *(Apellido, Primer)*	NÚM. DE SEG. SOC.	NÚM. DE CASO.

DIRECCIÓN *(No., calle, ciudad, estado, CP)*	TELÉF. *(Incluye el Código del Área)*

Paso 2:

Yo deseo una Audiencia Imparcial para el (los) siguiente(s) programa(s): ***(Marque casilla)***

☐ Asistencia en efectivo ☐ Asistencia Alimenticia ☐ Seguro Médico de AHCCCS ☐ Control de Tuberculosis

Paso 3:

Yo deseo una Audiencia Imparcial por que no estoy de acuerdo con: ***(Marque casilla)***

☐ Terminación de beneficios ☐ Cantidad de beneficios ☐ Denegación de solicitud ☐ Sobrepago

Paso 4:

☐ Otro *(especifique)*:

LAS RAZONES POR LAS CUALES ESTOY EN DESACUERDO CON SU DECISIÓN:

Paso 5:

FECHA DE LA NOTIFICACIÓN CON QUE NO ESTOY DE ACUERDO

Paso 6:

YO NECESITO UN INTÉRPRETE

☐ Sí ☐ No *(En caso afirmativo ¿Cuál idioma?)*:

Paso 7:

NECESITO UNA ACOMODACIÓN PARA UNA DISCAPACIDAD

☐ Sí ☐ No *(En caso afirmativo, explique)*:

Paso 8:

IMPORTANTE: Lea sus derechos de Audiencia Imparcial al dorso de este formulario antes de llenar esta sección.

Marque una de las casillas a continuación si los beneficios que usted actualmente recibe se reducen o terminan.

☐ Yo **SÍ** deseo seguir recibiendo beneficios durante la audiencia imparcial.

Paso 9:

☐ Yo **NO** deseo seguir recibiendo beneficios durante la audiencia imparcial.

NOMBRE *(Escriba en letra de molde o a máquina)*	FIRMA	FECHA

El USDA es un proveedor y empleador con igualdad de oportunidades

El Departamento de Agricultura de los EE.UU (USDA por sus siglas en inglés) prohíbe la discriminación a sus clientes, empleados, y solicitantes de empleo, basada en raza, color, origen nacional, edad, discapacidad, sexo, identidad de género, religión, represalias y dónde corresponde, creencias políticas, estado civil, estado familiar o paternal, orientación sexual, o basada en si todo o parte de los ingresos de un individuo provienen de algún programa de asistencia pública o en información genética protegida en el empleo, en algún programa o actividad conducido o financiado por el Departamento. (No todas las bases corresponderán a todos programas y/o actividades de empleo.)

Si usted desea presentar una queja programática de discriminación sobre los derechos civiles, llene el formulario de Queja de Discriminación del Programa de USDA,que se encuentra en línea en http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html, o ante cualquier Oficina de la USDA, o llame al (866) 632-9992 para solicitar el formulario. También usted puede escribir una carta que contiene toda la información solicitada en el formulario. Nos envíe su formulario o carta de queja por correo a: U.S. Department of Agriculture, Director, Office of Adjudication, 1400 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20250-9410, por fax (202) 690-7442 o correo electrónico a program.intake@usda.gov.

Los individuos quienes son sordos, con discapacidades auditivas, o que tienen discapacidades del habla y que desean presentar una queja ya sea de EEO o del programa, por favor, comuníquese con el USDA mediante el Servicio Federal de Retransmisión al (800) 877-8339 o (800) 845-6136 (español).

Las personas con discapacidades quienes desean presentar una queja, por favor, consulten la información arriba sobre cómo comunicarse con nosotros directamente o por correo electrónico. Si usted requiere un método de comunicación alternativo para recibir información programática (p. ej., Braille, letra grande, cinta de audio, etc.) por favor, comuníquese con el Centro de TARGET del USDA al (202) 720-2600 (voz y TDD).