

ADDRESS  
ADDRESS LINE 1  
ADDRESS LINE 2  
ADDRESS LINE 3

LATE/INCOMPLETE  
NOTICE  
DATE

CASE IDENTIFICATION						
CO	RECORD	CASH	MA	FS	DIST	CSLD
#	#####			#	#	###

NAME  
ADDRESS LINE 1  
ADDRESS LINE 2  
ADDRESS LINE 3

Si necesita formulario en español, comuníquese con su trabajador social que maneja su caso inmediatamente. Usted debe completar, firmar Y. devolver este formulario a la Oficina de Asistencia del Candado en la fecha indicado o con anterioridad a ella, de lo contrario su caso puede cerrarse, incluyendo su asistencia medica y/o sus cupones de comida, (7 CFR 273.12 (a)(1)(vii) and 55 PA Code 125.1(h)(3), 133.23 (a)(1)(viii), 133.84(d), 140.401, 140.513(3).

YOUR SEMIANNUAL REPORTING FORM FOR FEBRUARY WAS:

NOT RECEIVED  
BY DUE DATE

NOT SIGNED

INCOMPLETE

BECAUSE OF THIS, YOU MAY NOT RECEIVE YOUR CASH OR FOOD STAMP BENEFITS  
OF DATE ON TIME

55 PA CODE 133.84(d), 140.513(3), 142.23(h), 7CFR 273.12(a)(1)(vii)

IMPORTANT

- If this form and all information we need is postmarked or received in the County Assistance Office by DATE and you remain eligible, your cash and/or food stamp benefits will be received on time.
- If the form is received or post marked after the date shown and you are still eligible, your cash and/or food stamp benefits will be late and be determined by the information on this form.

YOUR BENEFITS MAY STOP

If you do not return the form with all the information we need and you do not give a good reason for failing to do so, your cash and/or food stamp benefits will stop beginning DATE and your medical benefits may stop. If you:

- do not receive cash benefits; and
- the FS block is checked at the top of this form; and
- you receive help with your child care payments through your local Child Care Information Services agency; and
- your food stamp benefits stop

Then help with your child care payments also will stop beginning DATE (55 Pa. Code 133.81(d), 201.3 and 7CFR 273.12(a)(1)(vii) and 273.7(d)(4)(i).

APPEAL RIGHTS

If you wish to appeal and your appeal request is postmarked or received by DATE you can continue to receive your cash and/or food stamp benefits until a hearing decision is made. For a full explanation of your right to appeal and have a fair hearing, see page 5. To request an appeal and hearing, see page 6

PLEASE COMPLETE ALL QUESTIONS AND RETURN COMPLETED AND SIGNED FORM IN THE ENCLOSED ENVELOPE.  
FOR FURTHER INSTRUCTIONS, SEE PAGE A.  
For Voter Registration Information, See Page C

IMPORTANT

THIS ADDRESS MUST APPEAR IN THE WINDOW OF THE ENCLOSED ENVELOPE WHEN RETURNING THIS FORM.



NAME  
ADDRESS LINE 1  
ADDRESS LINE 2  
ADDRESS LINE 3



CASE IDENTIFICATION						
CO	RECORD	CASH	MA	FS	DIST	CSLD
#	#####			#	#	###

1. These are the household members you last reported to be in your household.

Last Name First Name MI Date of Birth

[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]
------------	------------	------------	------------

Did anyone move into or out of your household? Yes \_\_\_ No \_\_\_ If yes, list who and their relationship to you.

2. These are the household members you last reported to be working and where they worked.

First Name Where Employed Date Employment Began

[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]
------------	------------	------------

Did any household member start a new job, change a job, or stop working? Yes \_\_\_ No \_\_\_ If yes, list any changes, such as job start date, end date, date of first pay, how often paid.) Provide proof (Examples: pay stubs, employer statements, etc.)

3. Provide proof (pay stubs, employer statements, etc.) of all work income any household member received in the month of:



\*#####\*

CASE IDENTIFICATION						
CO	RECORD	CASH	MA	FS	DIST	CSLD
#	#####			#	#	###

4. These are the household members you last reported to have income from a source other than work or public assistance (Examples: child support, Social Security, pension income, etc.)

First Name Amount

--

Did any household member lose or start receiving income or have a change in amount? Yes \_\_\_ No \_\_\_  
 If yes, list any changes. Provide proof (award letter, support court orders, etc.)

--

5. Is the address on this form your current address? Yes \_\_\_ No \_\_\_ For voter registration information see page C.  
 If no, what is your new address? Provide proof. (Examples: Lease, landlord statement, deed, etc.)

--

If you receive food stamps and you have moved, what are your shelter (rent/mortgage) and utility costs? Do you pay for your own heating and/or air conditioning? Yes \_\_\_ No \_\_\_

\*Answering these questions may help you receive more food stamp benefits.

--



\*#####\*

CASE IDENTIFICATION						
CO #	RECORD #	CASH	MA	FS #	DIST #	CSLD ###
	#####			#	#	###

\$###.##

6. This is the last reported amount of child support paid for children outside the household.

Did any household member have a change in the amount he is requested to pay? Yes \_\_\_ No \_\_\_ If yes, list any changes. Provide copy of support court order or letter and proof of payment.

\* You do not have to answer this question or provide proof. Answering this question and providing proof may help you to remain eligible or receive more benefits.

7. This is the information you last reported about child care or for care of a sick or disabled person.

Caregiver  
Paid For  
Amount

Are there any changes? Yes \_\_\_ No \_\_\_ If yes, list any changes. Provide copy of bill or statement from caregiver.

\* You do not have to answer this question or provide proof. Answering this question and providing proof may help you to remain eligible or receive more benefits.

8. These are the household members you last reported to have resources, including vehicles. (Examples: bank accounts, property, etc.)  
\* If this form is to determine eligibility for medical benefits only and you are pregnant OR under 21 years of age OR living with your dependent child who is under the age of 21, you do not have to answer this question.

First Name  
Resource Type  
Total Value  
Amount Owed  
Resource Description

Has the information in this section changed? Yes \_\_\_ No \_\_\_  
Does any household member have resources not listed above? Yes \_\_\_ No \_\_\_  
If you answered yes to either question, list any changes. Provide proof (copy of bank statement, vehicle registration, etc.)



\*#####\*

CASE IDENTIFICATION					
CO #	RECORD #	CASH	MA	FS #	DIST #
	#####				
					CSLD ###

# CERTIFICATION

I swear that the information given on this form is complete and correct to the best of my knowledge. I agree to report any changes in circumstances that may affect my eligibility or the amount of cash, Medicaid and/or food stamp benefits. I understand that willful failure to give accurate information or to report changes may result in a fine or imprisonment or both. I understand that changes in income, circumstances, and/or other factors as reported on this form may cause my cash assistance, medicaid and/or food stamp benefits to be increased, decreased or stopped.

\_\_\_\_ or \_\_\_\_\_ DATE \_\_\_\_\_

Signature of Payment Name \_\_\_\_\_ Authorized Representative for Food Stamps

Daytime Telephone Number

---



\*#####\*

CASE IDENTIFICATION						
CO	RECORD	CASH	MA	FS	DIST	CSLD
#	#####			#	#	###



\*#####\*

CASE IDENTIFICATION						
CO	RECORD	CASH	MA	FS	DIST	CSLD
#	#####			#	#	###

## INSTRUCTIONS

Remember to attach proof of income, resources, child care or sick/incapacitated person expenses where indicated on this form. Examples of acceptable proof are listed below each question on this form.

When answering the questions, you must give us information for all persons included in your cash, food stamp and/or medical benefits. This includes stepparents and information for sponsors of aliens, even if the sponsor does not live in your home. You can use a separate sheet of paper to explain any of your answers or give additional information. Any separate sheet of paper must be sent in with the form.

You must complete, sign and return the form to the County Assistance Office by the date shown on page 1 of the form. **IF YOU NEED HELP TO COMPLETE THIS FORM, CALL YOUR CASEWORKER OR THE CHANGE CENTER.**

## APPEAL AND FAIR HEARING

You have the right to appeal and to have a fair hearing if you are dissatisfied with the decision to stop your benefits. At the hearing you can give reasons for the appeal and present evidence or witnesses on your own behalf. You have the right to act for yourself or to have anyone act for you. A staff member of the County Assistance Office will refer you for free legal help upon request. If you need an interpreter at the hearing because you do not speak English or you have limited understanding of English, or you have a hearing impairment, the Department will arrange for an official interpreter at no cost to you. You may bring anyone to assist you at the hearing, but the interpreter provided by the Department will be the official interpreter. If you require any reasonable or special accommodation because of a hearing impairment (or other disability), the necessary arrangements will be made to provide the accommodation. **You must make the request for an interpreter or other accommodation in advance of the hearing.**

If you and your representative would like to meet with County Assistance Office staff to discuss the matter informally or to present information which might change the proposed action, please call your caseworker. This will not delay or replace your hearing.

You must request a hearing within 30 days from the date of this notice, except that appeals on food stamp changes must be received or post marked within 90 days from the beginning date of the change to your benefits. If your oral or written appeal is postmarked or received within 10 days of this notice:

- Your cash benefits will continue until the hearing decision is made.
  - Your food stamp benefits will continue until the hearing decision is made or the end of your food stamp eligibility period, whichever comes first.
- An oral request must be followed by a written appeal within 3 days.

**[ ] Check here if you do not want your food stamps to continue at the current amount while waiting for the hearing decision.**

Future eligibility and the amount of your cash assistance and/or food stamp benefits may be affected by other reported changes. If the final decision of the hearing officer is not in your favor, any cash assistance or food stamp benefits received until the hearing decision was made will be an overpayment and you may be required to repay the Department.

PAGE -A-



\*#####\*

CASE IDENTIFICATION						
CO	RECORD	CASH	MA	FS	DIST	CSLD
#	#####			#	#	###

## HOW TO REQUEST A FAIR HEARING

To appeal and request a fair hearing for CASH ASSISTANCE, you may call your worker but you must also: sign below, state the reason(s) for your appeal, AND return this form to the County Assistance Office at the address shown on page 1.

To appeal and request a fair hearing for FOOD STAMPS you may call your worker OR sign below, state the reason(s) for your appeal and return this form to the County Assistance Office at the address shown on page 1 OR do both.

To appeal and request a fair hearing for MEDICAL ASSISTANCE you will receive a separate notice telling you about your appeal rights.

Check if you need an interpreter. [ ]

What language?

Sign below ONLY if you are filing an appeal

### I WANT TO REQUEST A HEARING BECAUSE:

SIGN HERE IF  
YOU ARE FILING  
AN APPEAL

CLIENT SIGNATURE

TELEPHONE

DATE

CLIENT SIGNATURE

DATE

TELEPHONE

If you need a lawyer to help with your appeal, legal help is available at:

NAME  
ADDRESS LINE 1  
ADDRESS LINE 2  
ADDRESS LINE 3

PAGE -B-



\*#####\*

## HOW TO CHOOSE WHICH TYPE OF HEARING YOU WANT

The Bureau of Hearing and Appeals will hold a hearing for you either over the telephone, or face-to-face. You may choose which type you want. If you do not have a telephone in your home and cannot get to one (for example, friend or relative's telephone) you may go to the telephone hearing at your local County Assistance Office. If you do not want a telephone hearing, a face-to-face hearing will be scheduled for you in the city indicated for your county.

Please check one of the boxes below to show which type of hearing you want:

[ ] I want a telephone hearing.

[ ] I want a face-to-face hearing.



Please return this page if you wish to register to Vote

# Voter Registration

If you or any other adult in your household is not registered to vote where you live now, would you like to register to vote?  Yes  No  
 If yes, enter names below. IF YOU DO NOT CHECK 'YES' or 'NO', or RETURN THIS PAGE, you are choosing not to register to vote at this time.

To register you must: 1) Be at least age 18 on the day of the next election; 2) Be a citizen of the United States for at least one month PRIOR TO THE NEXT ELECTION; 3) Reside in Pennsylvania and the voting district at least 30 days prior to the next election.

Line No CAO Only	LAST NAME	FIRST NAME	Line No CAO Only	LAST NAME	FIRST NAME

## YOUR BENEFIT WILL NOT BE AFFECTED IF YOU REGISTER OR DO NOT REGISTER

If you need help filling out the voter registration form, we will help you. The decision whether to seek or accept help is yours.  
 You may fill out the application form in private. Please contact the County assistance office if you need help.

If you believe that someone has interfered with your right to register to vote, or to decline to register to vote, your right to privacy in deciding whether to register or in applying to register to vote, or your right to choose your own political party or other political preference, you may file a complaint with the Secretary of the Commonwealth, PA Department of State, Harrisburg, PA 17120 (Toll-free telephone number 1-800-552-VOTE).

### Do Not Complete - County Assistance office use

GIVEN TO CLIENT \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  SENT TO VOTER REGISTRATION \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  MAILED TO CLIENT \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  
 DECLINED, NOT INTERESTED \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  NOT A U.S. CITIZEN \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  DECLINED, ALREADY REGISTERED \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

-PAGE C-



\*#####\*

CASE IDENTIFICATION						
CO	RECORD	CASH	MA	FS	DIST	CSLD
#	#####			#	#	###

CASE IDENTIFICATION						
CO	RECORD	CASH	MA	FS	DIST	CSLD
#	#####			#	#	###



\*#####\*

ADDRESS  
ADDRESS LINE 1  
ADDRESS LINE 2  
ADDRESS LINE 3

NOTICIA INCOMPLETO O  
ATRASADO  
DATE

CASE IDENTIFICATION						
CO	RECORD	CASH	MA	FS	DIST	CSLD
#	#####			#	#	###

If you need this form in English, please contact your caseworker. You must complete, sign and return this form to your local County Assistance Office on or before the date indicated on this form. If not, your case may close. This includes your cash, medical assistance and food stamp benefits. (7 CFR 273.12(a)(1)(vii) and 55 Pa Code 133.23(a)(1)(vii), 133.64(d), 140.401, 140.513(3), 201.1, 201.3)

NAME  
ADDRESS LINE 1  
ADDRESS LINE 2  
ADDRESS LINE 3

**SU FORMULARIO DE REPORTE SEMESTRAL FEBRUARY :**  
 NO SE RECIBO ANTES DE LA FECHA DE VENCIMIENTO
 NO ESTABA FIRMADO
 INCOMPLETO

**DEBIDO A ESTO, POSIBLEMENTE NO RECIBA SUS BENEFICIOS DE EFECTIVO O CUPONES DE ALIMENTOS DE DATE A TIEMPO**  
55 Pa. Code 133.84(d)m 140.513(3), 142.23(h), 7CFR 273.12(a)(1)(vii)

**IMPORTANTE**  
• Si envía por correo o recibimos este formulario y toda la información que necesitamos en la Oficina de Asistencia antes del DATE y usted sigue reuniendo los requisitos, seguirá recibiendo a tiempo sus beneficios de efectivo y/o cupones de alimentos.  
• Si envía por correo o recibimos el formulario después de la fecha indicada y aun sigue siendo elegible, sus beneficios de efectivo y/o cupones de alimentos podrían llegarle tarde y se determinarán según la información de este formulario.

**ES POSIBLE QUE SE SUSPENDAN SUS BENEFICIOS**  
Si no devuelve el formulario con toda la información necesaria y no nos brinda un buen motivo para este incumplimiento, sus beneficios en efectivo y/o de cupones de alimentos cesarán a partir de DATE  
Si usted:  
• no recibe los beneficios en efectivo; y  
• el cuadro FS está marcado en la parte superior de este formulario; y  
• recibe ayuda con los pagos de su atención infantil mediante su organismo local de Servicios de Información de Atención Infantil; y  
• sus beneficios de cupones de alimentos cesaron  
Entonces los pagos de atención infantil también cesarán a partir de DATE (55 Pa. Code 133.81(d), 201.3, 7CFR 273.12(a)(1)(vii) y 273.7(d)(4)(i)).

**DERECHOS DE APELACION**  
Si desea apelar y su solicitud de apelación contiene matasellos o se recibe para DATE Para obtener una explicación completa de su derecho a apelar y tener una audiencia justa, diríjase a la página 5. Para solicitar una apelación y audiencia, diríjase a la página 6.

COMPLETE TODAS LAS PRECUNTAS Y DEVUELVA EL FORMULARIO COMPLETADO Y FIRMADO EN EL SOBRE ADJUNTO

PARA INSTRUCCIONES ADICIONALES, CONSULTE LA PAGINA A.  
PARA LA INFORMACION DEL REGISTRO DE VOTANTES, VEA LA PAGINA C.

**IMPORTANTE**  
ESTA DIRECCION TIENE QUE APARECER EN LA VENTANILLA DEL SOBRE ADJUNTO CUANDO ENVIE ESTE FORMULARIO  
➔

NAME  
ADDRESS LINE 1  
ADDRESS LINE 2  
ADDRESS LINE 3



CASE IDENTIFICATION						
CO	RECORD	CASH	MA	FS	DIST	CSLD
#	#####			#	#	###

1. Estos son los miembros de la unidad familiar que reportó que viven en su casa.

Apellido

Nombre

Inicial

Fecha de nacimiento

--	--	--	--

¿Llegó a vivir o se fue alguien de su casa? Sí \_\_\_ No \_\_\_ Si sí, explique quién y su relación con usted.

2. Estos son los miembros de la unidad familiar que reportó que trabajan y donde trabajan.

Nombre

Lugar de empleo

Fecha en que comenzó el empleo

--	--	--

¿Comenzó, cambio o dejo de trabajar algún miembro de la unidad familiar? Sí \_\_\_ No \_\_\_ Si sí, anote los cambios, como fecha de inicio o fecha final del trabajo, fecha del primer pago, frecuencia de pagos. Proporcione comprobantes (ejemplos: talonarios de cheques, declaraciones del empleador, etc.)

3. Proporcione comprobantes (talonarios de cheques, declaraciones del empleador, etc.) de todo el ingreso de trabajo recibido por cualquier miembro de la unidad familiar en el mes de:

	Month
--	-------



\*#####\*

CASE IDENTIFICATION						
CO	RECORD	CASH	MA	FS	DIST	CSLD
#	#####			#	#	###

**4.** Estos son los miembros de la unidad familiar que usted reportó tienen ingresos de una fuente que no es trabajo o asistencia pública (Ejemplos: manutención de los hijos, Seguro Social, pensión, etc.)

Nombre	Tipo de ingreso	Cantidad

¿Algún miembro de la unidad familiar dejó de recibir o comenzó a recibir ingreso o tuvo un cambio en la cantidad?  
 Sí \_\_\_ No \_\_\_ Si sí, anote los cambios: Proporcione comprobantes (ejemplos: carta, ordenes del tribunal, etc.)

**5.** ¿Su dirección actual es la que se indica en este formulario? Sí \_\_\_ No \_\_\_ Vuelva por favor esta pagina si usted desea registrarse para votar  
 Si no, ¿cual es su nueva dirección? Proporcione comprobantes. (Ejemplos: contrato de alquiler, carta del casero, escritura, etc.)

Si recibe cupones de alimentos y se mudó, ¿cuales son sus gastos de vivienda (renta/hipoteca) y de servicios básicos? ¿Paga su propia calefacción y/o aire acondicionado? Si \_\_\_ No \_\_\_ \*Responder a estas preguntas podría ayudarle a recibir mas beneficios de cupones de alimentos.



\*#####\*

CASE IDENTIFICATION						
CO	RECORD	CASH	MA	FS	DIST	CSLD
#	#####			#	#	###

Esta es la última cantidad reportada de manutención de hijos que no viven en su casa \$####.##

6. ¿Algún miembro de la unidad familiar tuvo algún cambio en la cantidad que debe pagar? Sí \_\_\_ No \_\_\_ Si sí, anote los cambios: Proporcione una copia de la carta u orden de manutención y comprobante de pago.

\* Usted no tiene que responder a esta pregunta ni proporcionar comprobante. Responder a esta pregunta y proporcionar comprobante puede ayudarle a seguir satisfaciendo los requisitos y recibir más beneficios

7. Esta es la información que reporto sobre cuidado infantil o cuidado de una persona enferma o discapacitada.

Cuidador	Costo	Cantidad

¿Hay cambios? Sí \_\_\_ No \_\_\_ Si sí, anote los cambios: Proporcione unos copia de la factura del cuidador.

\*Usted no tiene que responder a esta pregunta ni proporcionar comprobante. Responder a esta pregunta y proporcionar comprobante puede ayudarle a seguir satisfaciendo los requisitos y recibir mas beneficios.

8. Estos son los miembros de la unidad familiar que reportó que tienen ingresos, incluidos los vehículos. (Ejemplos: cuentas bancarias, bienes raíces, etc.)  
 \*Si este formulario es para determinar si califica para beneficios médicos solamente y esta embarazada o es menor de 21 años de edad o vive común hijo a su cargo menor de 21 años de edad, no tiene que responder a esta pregunta.

Nombre	Tipo de recurso	Valor total	Cantidad que	Descripción

¿Ha cambiado alguna información de esta sección? Sí \_\_\_ No \_\_\_

¿Algún miembro de la unidad familiar tiene recursos que no se indican arriba? Sí \_\_\_ No \_\_\_ Si respondió sí a alguna de las preguntas, anote los cambios. Proporcione comprobantes (copia del estado bancario, registro del vehículo, etc.)



\*#####\*

CASE IDENTIFICATION					
CO #	RECORD #####	CASH	MA	FS #	DIST #
					CSLD ###

# CERTIFICACION

Juro que la información proporcionada es completa y correcta a mi mejor saber y entender. Prometo reportar cualquier cambio en las circunstancias que pudieran afectar mi elegibilidad o la cantidad de beneficios en efectivo, beneficios médicos y/o beneficios de cupones de alimentos. Entiendo que no proporcionar información precisa o no reporta cambios intencionadamente puede dar como resultado una multa, encarcelamiento o ambos. Entiendo que los cambios en ingresos, circunstancias y/u otros factores reportados en este formulario podrían causar que mi asistencia en efectivo, beneficios médicos y/o beneficios de cupones de alimentos aumenten o disminuyan o sean suspendidos.

Teléfono durante el día

\_\_\_\_ or \_\_\_\_\_ **FECHA** \_\_\_\_\_

Firma del beneficiario \_\_\_\_\_ Representate autorizado para Cupones de Alimentos



\*#####\*

CASE IDENTIFICATION						
CO	RECORD	CASH	MA	FS	DIST	CSLD
#	#####			#	#	###



\*#####\*



CASE IDENTIFICATION						
CO	RECORD	CASH	MA	FS	DIST	CSLD
#	#####			#	#	###

## INSTRUCCIONES

No se olvide de adjuntar comprobantes de ingresos, recursos, cuidado infantil o gastos de persona enferma/discapacitada donde se indica en este formulario.

Debajo de cada pregunta de este formulario se incluyen ejemplos de comprobantes aceptables. Cuando responda a las preguntas, tiene que proporcionar la información para todas las personas incluidas en sus beneficios de asistencia en efectivo, cupones de alimentos y/o beneficios médicos. Esto incluye padrastrós/madrastras e información para patrocinadores de extranjeros, aunque el patrocinador no viva en su casa. Puede usar una hoja de papel separada para explicar cualquier respuesta o proporcionar información adicional. Si usa una hoja de papel separada la deberá enviar junto con el formulario.

Deberá llenar, firmar y devolver este formulario a la Oficina de Asistencia del Condado antes de la fecha indicada en la pagina 1 este formulario. SI NECESITA AYUDA PARA COMPLETAR ESTE FORMULARIO, LLAME A SU ASISTENTE SOCIAL O AL CENTRO DE CAMBIOS

## APELACION Y AUDIENCIA IMPARCIAL

Usted tiene el derecho de apelar y de tener una audiencia imparcial si no esta satisfecho con la decisión de suspender o terminar sus beneficios. En la audiencia puede indicar los motivos de la apelación y presentar pruebas o testigos de su parte. Usted tiene el derecho de actuar en su propio nombre o de que alguien lo represente. Si lo desea, en la Oficina de Asistencia del Condado le pueden recomendar asistencia legal gratuita. Si necesita un intérprete en la audiencia porque no habla ingles o solo entiende inglés un poco o porque tiene un problema de audición, el Departamento le conseguirá un intérprete oficial sin costo para usted. Tiene el derecho de actuar por si mismo o haur que alguien actue en su nombre. Usted puede traer a cualquier persona para que le ayude en la audiencia, pero el intérprete proporcionado por el Departamento será el intérprete oficial. Si requiere adaptaciones especiales debido a una discapacidad auditiva (u otra discapacidad), se harán los arreglos necesarios para proporcionar dichas adaptaciones. La solicitud de intérprete u otras adaptaciones para la audiencia debe hacerse con anticipación.

Si usted y su representante desean hablar con un empleado de la Oficina de Asistencia de la Condado para tratar el asunto informalmente o para presentar información que podría cambiar la acción propuesta, comuníquese con su asistente social. Esto no retrasara ni reemplazara su audiencia.

Usted debe solicitar la audiencia en un plazo de 30 días contado a partir de la fecha de este aviso, salvo que las apelaciones sobre cambios de cupones de alimentos se deben enviar por correo o recibir en un plazo de 90 días de la fecha de comienzo del cambio en sus beneficios. Si envía por correo o recibimos su apelación escrita en un plazo de 10 días de la fecha de este aviso:

- Sus beneficios en efectivo continuarán hasta que se tome una decisión de audiencia o hasta que termine
  - Sus beneficios continuarán periodo de elegibilidad para cupones de alimentos, lo que ocurra primero.
- Una petición oral debe ir seguida de una apelación escrita en un plazo de 3 días.

### [ ] Marque aquí si no quiere que sus cupones de alimentos continúen en la cantidad actual mientras espera la decisión de la audiencia.

La elegibilidad futura y la cantidad de su asistencia en efectivo y/o beneficios de cupones de alimentos se podrían ver afectada por otros cambios reportados. Si la decisión final del funcionario de audiencia recibido hasta la fecha de decisión de audiencia se considerará como pago exceso y posiblemente usted lo tenga que rembolsar al Departamento.



PAGE -A-

\*#####\*

CASE IDENTIFICATION						
CO	RECORD	CASH	MA	FS	DIST	CSLD
#	#####			#	#	###

## COMO SOLICITAR UNA AUDIENCIA IMPARCIAL

Para apelar y solicitar una audiencia imparcial para ASISTENCIA EN EFECTIVO, puede llamar a su trabajador social, pero también debe: Firmar abajo, indicar la(s) razón(es) de su apelación Y devolver este formulario a la Oficina de Asistencia Del Condado a la dirección mostrada en la pagina 1.

Para apelar y solicitar una audiencia imparcial para CUPONES DE ALIMENTOS, puede llamar a su trabajador social O firmar abajo, indicar la(s) razón(es) de su apelación y devolver este formulario a la Oficina de Asistencia del Condado en la dirección que se muestra en la pagina 1 O hacer ambas cosas.

Para apelar y solicitar una audiencia imparcial para ASISTENCIA MEDICA, recibirá un aviso separado que le indica sobre sus derechos de apelación.

**Marque aquí se requiere un interprete. [ ]**  
**¿Que idioma?**

## Firme abajo SOLO si esta presentando una apelación

### YO QUIERO PEDIR UNA AUDIENCIA PORQUE:

FIRME AQUÍ SI  
 ESTA PRESENTANDO UNA APELACION

\_\_\_\_\_ FIRMA DEL CLIENTE \_\_\_\_\_ TELEFONO

\_\_\_\_\_ FIRMA DEL CLIENTE \_\_\_\_\_ TELEFONO

\_\_\_\_\_ FIRMA DEL CLIENTE \_\_\_\_\_ TELEFONO

\_\_\_\_\_ FIRMA DEL CLIENTE \_\_\_\_\_ TELEFONO

Si necesita que un abogado que le ayude con su apelación , puede obtener ayuda legal gratuita en:

NAME  
 ADDRESS LINE 1  
 ADDRESS LINE 2  
 ADDRESS LINE 3



PAGE -B-

\*#####\*

El Departamento de Audiencias y Apelaciones le otorgara una audiencia por teléfono o en persona. Usted puede elegir la clase de audiencia que quiere. Si no tiene teléfono y no puede usar algún otro (por ejemplo de un amigo o pariente), puede acudir a la Oficina de Asistencia del Condado para la audiencia telefónica. Si no quiere una audiencia por teléfono, le harán una cita para audiencia en persona en la ciudad que le corresponde a su condado

Marque una de las casillas para indicar que clase de audiencia desea:

[ ] Quiero una audiencia por teléfono.  
 [ ] Quiero una audiencia en persona.

CASE IDENTIFICATION						
CO	RECORD	CASH	MA	FS	DIST	CSLD
#	#####			#	#	###

Para la informacion del registro de votantes, vea la pagina C.

## INSCRIPCIÓN VOTANTE (Opcional)

Si usted u otro adulto de su casa no se ha registrado para votar donde vive ahora, ¿desea registrarse para votar? \_\_ Sí \_\_ No  
 Si su respuesta es afirmativa, escriba los nombres abajo: SI NO MARCA 'SÍ' O 'NO', equivale a escoge no registrarse para votar por ahora.

Para registrarse debe: 1) Cumplir o haber cumplido 18 años de edad el día de la siguiente elección; 2) Ser ciudadano de EE.UU. por lo menos un mes ANTES DE LA SIGUIENTE ELECCIÓN; 3) Residir en Pennsylvania y el distrito de votación por lo menos 30 días antes de la siguiente elección.

Line No CAO Only	APELLIDO	NOMBRE	Line No CAO Only	APELLIDO	NOMBRE

### SUS BENEFICIOS NO SE VERÁN AFECTADOS SI SE REGISTRA O NO SE REGISTRA.

Si necesita ayuda para completar el formulario de inscripción de votante, nosotros le ayudaremos. La decisión de buscar o aceptar ayuda es suya. Puede completar la solicitud en privado. Comuníquese con la oficina de asistencia del condado si necesita ayuda. Si piensa que alguien ha interferido con su derecho de registrarse para votar, o rechazar la oferta de registrarse para votar, su derecho a la privacidad en cuanto a la decisión de registrarse o presentar la solicitud para registrarse para votar o su derecho de elegir su propio partido político o cualquier otra preferencia política, puede presentar una queja con: Secretary of the Commonwealth, PA Department of State, Harrisburg, PA 17120. (Línea directa gratuita 1-800-552-8683).

#### Do Not Complete - County Assistance office use

GIVEN TO CLIENT \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_    
  SENT TO VOTER REGISTRATION \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_    
  MAILED TO CLIENT \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  
 DECLINED, NOT INTERESTED \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_    
  NOT A U.S. CITIZEN \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_    
  DECLINED, ALREADY REGISTERED \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

-PAGE C-



\*#####\*

CASE IDENTIFICATION						
CO	RECORD	CASH	MA	FS	DIST	CSLD
#	#####			#	#	###



\*#####\*