

AVISO DE CONFIRMACIÓN

POR MEDIO DEL PRESENTE LE INFORMAMOS QUE ESTA OFICINA HA TOMADO MEDIDAS PARA:

CAMBIAR SUSPENDER
 SU BENEFICIO INDICADO ABAJO

BENEFICIO	A PARTIR DEL	DE	A	BENEFICIO	A PARTIR DEL	TIPO
CHEQUE DE ASISTENCIA		\$	\$	SERVICIOS SOCIALES		
CUPONES DE ALIMENTOS		\$	\$	ASISTENCIA MÉDICA		
CASA DE REPOSO						
<input type="checkbox"/> Su nivel de atención cambió				<input type="checkbox"/> OTRO (aclare)		
<input type="checkbox"/> Su cantidad de pago como paciente cambió						

LAS PERSONAS NOMBRADAS ABAJO YA NO CALIFICAN					
N° LÍNEA	NOMBRE	N° LÍNEA	NOMBRE	N° LÍNEA	NOMBRE

ESTA ACCIÓN SE EFECTUÓ DEBIDO A LOS SIGUIENTES HECHOS Y REGLAMENTOS	Reglamento	Código de razón

TODO LO SIGUIENTE SE TOMÓ EN CUENTA EN LA DETERMINACIÓN DE LA CANTIDAD DE SUS BENEFICIOS									
<input type="checkbox"/> CUPONES DE ALIMENTOS Número de personas ▶					<input type="checkbox"/> CHEQUE DE ASISTENCIA Número de personas ▶				
Nombre		INGRESO MENSUAL BRUTO POR TRABAJO			Nombre		INGRESO MENSUAL BRUTO POR TRABAJO		
		\$					\$		
		\$					\$		
		\$					\$		
Nombre		INGRESO MENSUAL BRUTO DE OTRAS FUENTES			Nombre		INGRESO MENSUAL BRUTO DE OTRAS FUENTES		
		\$					\$		
		\$					\$		
		\$					\$		
INGRESO MENSUAL BRUTO TOTAL					INGRESO MENSUAL BRUTO TOTAL				
\$					\$				
GASTOS MENSUALES BRUTOS POR GUARDERÍA					GASTOS MENSUALES BRUTOS POR GUARDERÍA				
\$					\$				
GASTOS MÉDICOS BRUTOS					GASTOS MÉDICOS BRUTOS				
\$					\$				
Teléfono		Agua/alcantarillado			Nombre		INGRESO MENSUAL BRUTO POR TRABAJO		
							\$		
Electricidad		Basura					\$		
							\$		
Gas		Inst. servicios básicos					\$		
							\$		
Combustible		Otra cosa					\$		
							\$		
GASTOS BRUTOS SERVICIOS BÁSICOS/NORMA*					GASTOS BRUTOS SERVICIOS BÁSICOS/NORMA*				
\$					\$				
RENTA/HIPOTECA					RENTA/HIPOTECA				
\$					\$				
IMPUESTOS					IMPUESTOS				
\$					\$				
GASTO DE SEGURO DE VIVIENDA					GASTO DE SEGURO DE VIVIENDA				
\$					\$				
COSTO TOTAL DE VIVIENDA					COSTO TOTAL DE VIVIENDA				
\$					\$				
					INGRESO MENSUAL BRUTO TOTAL				
					\$				
					INGRESO MENSUAL NETO/INGRESO NETO SEMESTRAL				
					\$				
					LÍMITE DE INGRESO				
					\$				

CO	No. EXPEDIENTE	CAT	CTR DIG	DIST

_____ Firma del asistente social _____ Fecha de envío _____ Número de teléfono

PUEDE CONSEGUIR AYUDA LEGAL EN

Si no entiende nuestra decisión o tiene preguntas, llame a su asistente social.

Si tiene alguna pregunta sobre este aviso, puede ponerse en contacto con nosotros...

Puede llamarnos:

- Puede llamar al Centro Estatal de Servicio al Cliente al 1-877-395-8930. En Philadelphia, llame al 1-215-560-7226.
 - ▶ Esta llamada es gratuita y puede hacerlo de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m.
- O llame a la oficina de asistencia del condado (CAO) utilizando la información de contacto detallada en la sección de la CAO en el presente aviso.

Puede hablar con nosotros antes de la audiencia.

Recibirá una carta de la CAO en la cual se le preguntará si desea reunirse antes de que la audiencia imparcial tenga lugar. Esta reunión se puede realizar en persona o por teléfono. Una reunión antes de la audiencia se denomina conferencia previa a la audiencia. Esta reunión no retrasará ni reemplazará a la audiencia imparcial. Puede utilizar esta reunión para decirnos si tiene información que cree que pueda cambiar nuestra decisión. Puede hacer que alguien hable en su nombre si así lo desea.

Puede obtener una copia de cualquier información que hayamos utilizado para tomar nuestra decisión.

Puede solicitar una copia de todos los documentos que se utilizarán durante la audiencia.

Puede traer a cualquier persona a la audiencia.

Puede traer testigos que puedan tener información. Puede hablar por sí mismo o traer a alguien para que lo haga por usted que sepa más sobre las normas del programa.

Puede obtener ayuda si habla otro idioma, es sordo o tiene otra discapacidad.

Puede solicitar que un intérprete esté presente en la audiencia, o pedir otro tipo de asistencia, en el formulario adjunto de Audiencia imparcial. El presente es un servicio gratuito. Puede traer a un amigo o familiar para que lo ayude en la audiencia, pero el departamento proporcionará el intérprete oficial.

Sus derechos...

Usted tiene derecho a apelar.

Esto significa que usted tiene derecho a solicitarnos que revisemos nuestra decisión si cree que cometimos un error. Puede solicitarle a un juez que revise la decisión de la CAO en la audiencia imparcial.

Usted tiene derecho a una audiencia imparcial.

Una audiencia imparcial es una reunión formal en la cual usted, la CAO y un juez pueden hablar sobre su apelación. El juez actuará de conformidad con la ley y las políticas del departamento al momento de tomar una resolución. Usted debe estar preparado para la reunión. Si desea presentar una prueba que respalde su reclamación de que el fallo no fue correcto, traiga dicha prueba.

Usted tiene derecho a apelar y a tener una audiencia imparcial urgente para Asistencia Médica.

Una audiencia parcial urgente se puede otorgar cuando se determina que el tiempo normal para la revisión de una apelación pondría en riesgo su vida, salud o habilidad para alcanzar, mantener o recuperar la función máxima.

Usted tiene derecho a obtener asistencia legal gratuita.

Si necesita asistencia legal, visite _____
o llame al _____.

Sus opciones...

Para solicitar una audiencia imparcial, puede hacer lo siguiente:

- Llamar a la CAO para solicitar una audiencia imparcial.
- Enviar por correo postal o en persona el formulario adjunto de Audiencia imparcial completo a la CAO.

Nota: No necesita completar el formulario de Audiencia imparcial si la resolución es para beneficios del Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (SNAP, por sus siglas en inglés), pero resulta más fácil para nosotros dar seguimiento a su apelación si lo completa.

Usted puede elegir el tipo de audiencia que desea:

- Una **audiencia por teléfono** en un lugar de su elección. Díganos qué número de teléfono utilizar, como su número de teléfono o el de un amigo o familiar. Si opta por este tipo de audiencia, asegúrese de que podamos contactarlo a través de este número de teléfono.
 - ▶ El juez lo llamará a usted, a sus testigos, a cualquiera que lo ayude y a la CAO.
- Una **audiencia por teléfono** en la CAO. Usted se dirigirá a la CAO para su audiencia.
 - ▶ El juez lo llamará a usted en la oficina y llamará a sus testigos y a cualquiera que lo ayude.
- Una **audiencia cara a cara** con la presencia del juez, las personas que lleve a la sala de audiencias y usted, y con el personal de la CAO por teléfono.
 - ▶ Sus testigos y cualquiera que lo ayude se encontrarán en la sala de audiencias con el juez. El personal de la CAO participará por teléfono.
 - ▶ Usted se debe dirigir a la Oficina de Audiencias y Apelaciones designada para una audiencia cara a cara. La ubicación será designada para usted según su lugar de residencia.
- Una **audiencia cara a cara** con usted y las personas que lleve a la sala de audiencias, con un juez y con el personal de la CAO en la sala de audiencias.
 - ▶ El juez, usted, el personal de la CAO, los testigos y cualquiera que lo ayude se encontrarán en la sala de audiencias.
 - ▶ Usted se debe dirigir a la Oficina de Audiencias y Apelaciones designada para una audiencia cara a cara. La ubicación será designada para usted según su lugar de residencia.

Usted podrá seguir recibiendo sus beneficios mientras aguarda su audiencia si se dan las siguientes circunstancias:

1. Esta carta le indica que sus beneficios se interrumpirán o reducirán, **y**:
 - ▶ Esta carta le brinda una fecha para solicitar una apelación y continuar con sus beneficios mientras aguarda la resolución de la audiencia imparcial, **y**
 - ▶ Su solicitud para una apelación se recibe o matasella en dicha fecha y usted no renuncia a la continuación de los beneficios; **O**
2. Esta carta le indica que sus beneficios se interrumpirán o reducirán, **y**:
 - ▶ El motivo de este cambio se debe a información que usted proporcionó en un formulario de informe semianual, **y**
 - ▶ Su solicitud para una apelación se recibe o matasella dentro de los 10 días de la fecha de envío por correo de la presente carta y usted no renuncia a la continuación de los beneficios.

El juez le enviará la resolución dentro de los 90 días (dentro de los 60 para el SNAP) a partir del día en el cual solicitó la audiencia. Si el juez resuelve que la CAO tomó la decisión correcta, sus beneficios cambiarán o se interrumpirán. Es posible que deba devolver algunos o todos los beneficios que recibió mientras aguardaba su audiencia.

Durante la audiencia...

Usted tendrá tiempo para contarle al juez su versión del caso en la audiencia.

Alguien puede hablar por usted (si lo desea), y sus testigos pueden brindar testimonio. Usted le puede mostrar documentos al juez.

Si no está de acuerdo con la resolución del juez, usted puede volver a apelar.

En la carta de la resolución del juez se le indicará cómo apelar.

Formulario de Audiencia imparcial

1. Nombre:

Número de teléfono:

Identificación de registro:

Dirección:

2. Díganos contra qué programa desea apelar:

- Asistencia Médica (MA):** debe enviar el formulario por correo postal o entregárselo a la CAO antes del **mm/dd/yyyy**.
- MA (Audiencia urgente):** marque uno de los siguientes motivos para solicitar una audiencia urgente y proporcione los detalles en la línea al lado de la casilla que marque a continuación. Una audiencia imparcial urgente se puede otorgar cuando se determina que el tiempo normal para la revisión de una apelación pondría en riesgo lo siguiente:
 - Su vida: _____,
 - Su salud: _____, o
 - Su habilidad de alcanzar, mantener o recuperar la función máxima: _____.

Si tiene documentación médica sobre sus necesidades urgentes de salud, tenga a bien enviarla junto con la presente solicitud de audiencia imparcial.

- LIHEAP:** Debe enviar el formulario por correo postal o entregárselo a la CAO antes del **mm/dd/yyyy**.
- Asistencia en Efectivo:** Debe enviar el formulario por correo postal o entregárselo a la CAO antes del **mm/dd/yyyy**.
- SNAP:** Debe enviar el formulario por correo postal, entregárselo a la CAO o llamar a la CAO antes del **mm/dd/yyyy** (para aquellos que soliciten el SNAP).
- SNAP:** Debe enviar el formulario por correo postal, entregárselo a la CAO o llamar a la CAO **dentro de los 90 días** a partir del primer día del mes en el que sus beneficios cambien (para aquellos que ya reciban el SNAP).
- Pago Suplementario del Estado (SSP, por sus siglas en inglés):** Debe enviar el formulario por correo postal o entregárselo a la CAO antes del **mm/dd/yyyy**.
- LTC:** Debe enviar el formulario por correo postal o entregárselo a la CAO antes del **mm/dd/yyyy**.
- HCBS:** Debe enviar el formulario por correo postal o entregárselo a la CAO antes del **mm/dd/yyyy**.
- Otro:** _____

3. Díganos por qué está en desacuerdo con esta decisión (utilice la parte de atrás de la página si es necesario):

4. ¿Desea que sus beneficios del SNAP continúen con el mismo monto mientras espera la resolución de la audiencia?

- Sí No

5. Elija el modo en el que desea su audiencia:

- Por teléfono, al número de teléfono que indique en el presente formulario.** Asegúrese de que podamos contactarlo a través de dicho número de teléfono. El juez lo llamará a usted, a sus testigos, a cualquiera que lo ayude y a la CAO.
- Por teléfono, en la CAO. Usted se dirigirá a la CAO para su audiencia.** El juez lo llamará a usted en la oficina y llamará a cualquiera que lo ayude.
- Cara a cara, con la presencia del juez, las personas que lleve a la sala de audiencias y usted, y el personal de la CAO por teléfono.** Usted se debe dirigir a la Oficina de Audiencias y Apelaciones designada para una audiencia cara a cara. La ubicación será designada para usted según su lugar de residencia.
- Cara a cara, con usted y las personas que lleve a la sala de audiencias con un juez y el personal de la CAO en la sala de audiencias.** Usted se debe dirigir a la Oficina de Audiencias y Apelaciones designada para una audiencia cara a cara. La ubicación será designada para usted según su lugar de residencia.

Puede solicitar que un intérprete esté presente en la audiencia, u otro tipo de asistencia debido a una deficiencia u otra discapacidad. El presente es un servicio gratuito.

6a. ¿Necesita un intérprete gratuito? Puede llevar a un amigo o familiar para que lo ayude en la audiencia, pero el departamento proporcionará el intérprete oficial.

- Sí No En caso afirmativo, de qué idioma: _____

