



Apelación de una decisión o mandato del Departamento de Servicios Humanos (en inglés, DHS)

Utilice este formulario si desea una audiencia ante un juez de derecho administrativo porque no está de acuerdo con una decisión, acción o falta de acción de DHS. **Usted debe adjuntar copias de cualquier decisión de DHS si la tiene.**

Sección 1 – Contacto

Escriba su nombre en letra de molde: 	Su dirección postal:
Su teléfono: 	
Su dirección de correo electrónico (si tiene): <input type="checkbox"/> Doy mi consentimiento para recibir documentos por correo electrónico únicamente	Su circunscripción (Ward) (si la sabe):
Si tiene representante para este caso (marque lo que corresponda): <input type="checkbox"/> Representante no abogado <input type="checkbox"/> Abogado <input type="checkbox"/> Gerente de Caso	
Nombre del representante : 	Dirección del representante:
Teléfono: 	
Dirección de correo electrónico: <input type="checkbox"/> Da su consentimiento para recibir documentos por correo electrónico únicamente	Agencia (si la hay):

Sección 2 – Información sobre beneficios No. Caso DHS (si lo sabe): _____

Solicito audiencia sobre los programas siguientes (Marque la(s) casilla(s) que corresponda):

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Asistencia de Nutrición “Estampillas” (SNAP) | <input type="checkbox"/> Mercado de Beneficios de Salud |
| <input type="checkbox"/> SNAP Expedito | <input type="checkbox"/> Guardería/Cuidado Infantil |
| <input type="checkbox"/> Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (TANF) | <input type="checkbox"/> Asistencia General para Niños (GAC) |
| <input type="checkbox"/> Medicaid (MA) | <input type="checkbox"/> Programa Trabajo, Empleo & Responsabilidad (POWER) |
| No. Medicaid (si lo sabe): _____ | <input type="checkbox"/> Asistencia por Incapacidad Temporal (IDA) |
| <input type="checkbox"/> Programa de Exención para Personas Mayores y Personas con Discapacidades Físicas (en inglés, EPD)”.
_____ | <input type="checkbox"/> Otro (explique): _____ |

Sección 3 – Sólo para casos de estampillas de comida SNAP

Entiendo que mis beneficios pueden permanecer iguales mientras yo espero por la decisión que se tome en la audiencia, pero puede requerirse la **devolución** de esos beneficios si no recibo una decisión favorable.

- Al marcar esta casilla, solicito que mis beneficios paren o se reduzcan mientras espero por la decisión que se tome en la audiencia, a pesar de que pudiera elegir mantener mis beneficios iguales hasta que el caso se decida.

Sección 4 – ¿Por qué necesita usted una audiencia?

Marque todas las casillas que correspondan en su caso:

- Yo solicité **nuevos beneficios**. No he recibido los beneficios.
- Yo solicité **aumento** de beneficios. No he recibido los aumentos de beneficios.
- Yo solicité un **servicio específico**. No he recibido el servicio.
Describir servicio: _____
- Yo estaba recibiendo beneficios. **Mis beneficios han parado o están al parar**.
Fecha en que los beneficios pararon (o terminarán): _____
- Yo estaba recibiendo beneficios. **Mis beneficios han sido reducidos o están al reducirse**.
Fecha en que los beneficios fueron reducidos (o serán reducidos): _____
- Yo estoy recibiendo beneficios. He pedido que mis beneficios sean **recertificados** pero la recertificación **demora**. El período de certificación termina en fecha: _____
- Me han dicho que yo recibí un **sobrepago** de beneficios. No estoy de acuerdo.
- Otro (favor especificar): _____

Sección 5 – Acceso a Idiomas

¿Necesita que la OAH le proporcione un intérprete para ayudarle a participar en la audiencia?

- SÍ NO

Si contesta que Sí, ¿qué idioma necesita? _____

Sección 6 – Adaptación razonable

¿Necesita una adaptación razonable que le ayude a participar en la audiencia?

- SÍ NO

Si contesta que Sí, haga el favor de explicar: _____

Sección 7 – ¿Quién preparó la solicitud de audiencia?

Persona que preparó la solicitud de audiencia (salvo que la solicitud haya sido por teléfono):

Firma

Nombre en letra de molde

Fecha

Correo electrónico, teléfono, dirección postal de la persona que preparó la solicitud de audiencia (si no aparece arriba)

No llene esta casilla. Reservada para la Secretaría de la OAH .

Received By _____ Date: _____