



## Solicitud de una audiencia de emergencia en un caso de beneficios públicos

*Utilice este formulario si desea solicitar una **audiencia de emergencia** ante un juez de Derecho Administrativo porque no está de acuerdo con una decisión, acción o inacción en relación con cualquiera de los siguientes beneficios públicos: Medicaid, Ayuda para el cuidado personal, Refugio, Ayuda para el pago del alquiler, SNAP, TANF, Asistencia por discapacidad temporal, Intercambio de beneficios de la salud u Hogar colectivo/Hogar de ancianos. **Si ha recibido una notificación, incluya una copia con este formulario.***

### Sección 1: Información de contacto

Su nombre en imprenta:	Su dirección postal:
Su teléfono:	
Su dirección de correo electrónico <i>(si tiene una)</i> :	Su zona <i>(si la conoce)</i> :
<input type="checkbox"/> Doy mi consentimiento para recibir los documentos solo por correo electrónico	
<i>Si tiene un representante para este caso (marque lo que corresponda):</i> <input type="checkbox"/> Representante que no es abogado <input type="checkbox"/> Abogado <input type="checkbox"/> Gestor del caso	
Nombre del representante o gestor del caso	Dirección del representante o gestor del caso
Teléfono:	
Dirección de correo electrónico:	Agencia <i>(si tiene una)</i> :
<input type="checkbox"/> Da su consentimiento para recibir los documentos solo por correo electrónico	

### Sección 2: Información sobre el caso

Mi número de caso de la OAH (si lo conoce): \_\_\_\_\_

Número de caso de la agencia (si tiene una): \_\_\_\_\_

¿Qué tipo de beneficios? \_\_\_\_\_

### Sección 3: ¿Por qué necesita una audiencia?

Marque todas las casillas que correspondan a su caso

- Estaba recibiendo pagos de beneficios, servicios o subsidios que ahora han **cesado**.
- Estaba recibiendo pagos de beneficios, servicios o subsidios que ahora se han **reducido**.
- Mi solicitud de pago de nuevos beneficios, servicios o subsidios ha sido **denegada**.
- Mi solicitud de **aumento** de pagos de beneficios, servicios o subsidios fue denegada.
- Mis pagos de beneficios, servicios o subsidios están **a punto de ser eliminados o reducidos**, a pesar de que he solicitado una audiencia imparcial.
- Tengo una **necesidad urgente de recibir refugio**

En el espacio siguiente, explique por qué necesita una audiencia de emergencia. Utilice una página adicional si es necesario.

### Sección 5: Acceso al idioma

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

- Sí     NO

Si respondió Sí, ¿qué idioma necesita? \_\_\_\_\_

### Sección 6: Adaptaciones razonables

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

- Sí     NO

Si respondió Sí, explique: \_\_\_\_\_

### Sección 7: ¿Quién preparó la solicitud de audiencia?

Firma de la persona que preparó la solicitud de audiencia (a menos que la solicitud haya sido por teléfono):

\_\_\_\_\_

Firma

\_\_\_\_\_

Nombre en imprenta

\_\_\_\_\_

Fecha

Correo electrónico, teléfono, dirección postal de la persona que preparó la solicitud de audiencia (si no figura arriba en imprenta):

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

No rellene este recuadro. La Oficina de la Secretaría de la OAH lo completará.

Recibido por \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_