

DISTRITO DE COLUMBIA
OFICINA DE AUDIENCIAS ADMINISTRATIVAS
441 Fourth Street, NW, Suite 450N
Washington, DC 20001-2714
TEL: (202) 442-9094 · FAX: (202) 442-4789

SOLICITUD DE AUDIENCIA EN UN CASO DEL DEPARTAMENTO DE SERVICIOS HUMANOS (DHS)

SECCIÓN 1 – DATOS PERSONALES

Nombre del solicitante /Beneficiario (en letra de molde): _____

No. de caso en DHS (si lo sabe) _____

Dirección: _____

Ciudad, Estado, Código postal: _____ **No. de teléfono:** _____

Quién proporcionó información a OAH? ____ El/la peticionante ____ Familiar/Pariente ____ Otro Representante

SECCIÓN 2 –INFORMACIÓN SOBRE BENEFICIOS

El/la peticionante: ____ **SOLICITA** beneficios ____ **RECIBE** beneficios

El/la peticionante solicita audiencia porque no está de acuerdo con las medidas tomadas por la agencia en relación con el/los siguientes(s) programa(s):

- | | |
|--|--|
| ____ Estampillas de comida (Food Stamps, FS) *Complete la Sección 3* | ____ Guardería/Cuidado infantil |
| ____ Medicaid (MA) | ____ Asistencia general para niños (GAC) |
| ____ Asistencia temporaria para familias necesitadas (TANF) | ____ Programa de Trabajo, Empleo y Responsabilidad (POWER) |
| ____ Otro (especifique) _____ | ____ Asistencia para entierro |

SECCIÓN 3 – SÓLO PARA CASOS DE ESTAMPILLAS DE COMIDA: MARQUE UNA DE LAS CASILLAS SIGUIENTES

- Quiero que me reduzcan o suspendan temporariamente los beneficios mientras espero la decisión que se tome en la audiencia, a pesar de que reúno los requisitos para que mis beneficios continúen iguales mientras la audiencia está pendiente.
- Quiero que, si es posible, mis beneficios continúen iguales mientras espero la decisión que se tome en la audiencia. Entiendo que tendré que devolver mis beneficios si no me presento o si salgo perdiendo en la audiencia.

SECCIÓN 4 – MEDIDA QUE TOMA LA AGENCIA

Qué tipo de medida propone la agencia?

- | | |
|---|--|
| ____ Denegación de la solicitud de beneficios | ____ Denegación de servicio específico |
| ____ Cancelación de beneficios | (especifique) _____ |
| ____ Reducción de beneficios | ____ Otra |
| ____ Fallo de que se pagó en exceso | (especifique) _____ |

SECCIÓN 5 – ADAPTACIONES

Necesita el peticionante algún servicio especial durante la audiencia? (Traducción, intérprete de señas, etc.)

____ Sí ____ No Si contesta que sí, qué servicio necesita? _____

SECCIÓN 6 – ABOGADO, PARIENTE,

OTRO REPRESENTANTE (SI LO HAY)

Nombre: _____

Relación con el peticionante: _____

Dirección: _____

Ciudad, Estado, Código postal _____

No. de teléfono: _____

SECCIÓN 7 –CERTIFICADO EXPEDIDO POR LA SECRETARÍA

(LLENAR SOLAMENTE SI EL PETICIONANTE RECIBIÓ AYUDA)

CERTIFICO QUE LA INFORMACIÓN CONTENIDA EN ESTE DOCUMENTO RESUME UN PEDIDO VERBAL RECIBIDO EN PERSONA O POR TELÉFONO.

Nombre del Secretario: _____

Firma y fecha: _____

Pedido tomado ____ por teléfono ____ En persona