

DISTRICT OF COLUMBIA
OFFICE OF ADMINISTRATIVE HEARINGS
One Judiciary Square
441 Fourth Street, NW, Suite 450N Washington, DC 20001-2714
TEL: (202) 442-9094 · FAX: (202) 442-4789 · EMAIL: oah.filing@dc.gov

SOLICITUD DE AUDIENCIA EN CASOS 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 la 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):

Asistencia de Nutrición - Estampillas de comida (SNAP)
Medicaid (MA)
Asistencia temporal para familias necesitadas (TANF)
Otro (especifique) _____

Guardería/Cuidado infantil
Asistencia general para niños (GAC)
Programa de Trabajo, Empleo y Responsabilidad (POWER)
Asistencia para entierro

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

Quiero que me reduzcan o suspendan temporalmente 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 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
Cancelación de beneficios
Reducción de beneficios
Fallo de que se pagó en exceso

Denegación de servicio específico
(especifique) _____
Otra
(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