

SOLICITUD DE AUDIENCIA IMPARCIAL

Llene este formulario **SOLAMENTE** si usted no está de acuerdo con una decisión relativa a sus beneficios. Si no está de acuerdo con la acción del departamento local, tiene derecho a discutirlo con un supervisor. Nosotros le ayudaremos a llenar este formulario o usted puede solicitar una audiencia llamando al 1-800-332-6347.

1. Díganos quién es. Llene los espacios en blanco en este recuadro y complete las secciones 2-4. Escriba en forma clara.

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal _____ Número de teléfono () _____

Correo electrónico: _____ Nombre de su oficina local: _____

2. ¿Cuáles programas desea apelar? (Marque todos los que sean aplicables)

Nombre de su representante: _____

_____ Asistencia Médica (MA) Comunitaria

_____ Asistencia Temporal en Efectivo (TCA)

_____ Asistencia Médica (MA) a largo plazo

_____ Asistencia de Nutrición Suplementaria (SNAP)

_____ Programa de Salud Infantil de Maryland (MCHP)

_____ Subsidio por Cuidado de Niños (CCS)

_____ Asistencia Temporal por Discapacidad (TDAP)

Nombre del padre o representante legal: _____

_____ Yo recibo otros beneficios

_____ Hogares de acogida (FC) y/o adopción

_____ Yo no recibo ningún otro beneficio

_____ Asistencia de Emergencia (EA)

_____ Beneficiario Médico Calificado (QMB/SLMB)

_____ Asistencia Pública para Adultos (PAA)

_____ Otro _____

_____ Pago excesivo de TCA

_____ Pago excesivo de SNAP

_____ Otro _____

3. ¿Por cuáles razones desea tener una audiencia?

_____ No se me permitió hacer una solicitud.

_____ La cantidad de asistencia que recibo es incorrecta.

_____ Mi solicitud fue rechazada.

_____ Mi asistencia fue suspendida, reducida o eliminada incorrectamente.

_____ Mi solicitud no fue manejada correctamente.

_____ No estoy recibiendo los servicios que necesito.

_____ No estoy de acuerdo con tener que devolver la asistencia que recibí.

Si recibió una notificación sobre esto, ¿qué fecha aparece en la notificación? _____

¿Usted da su consentimiento para que se le envíe este aviso al correo electrónico que nos dio? Yes No

¿Por qué desea tener una audiencia? Por favor díganos qué pasó. _____

4. Entiendo que, si pido una audiencia dentro de 10 días a partir de la fecha de la notificación y yo estaba recibiendo beneficios, puedo seguir recibéndolos mientras espero mi audiencia, a menos que termine el período de mis beneficios. Yo podría tener que devolver los beneficios si pierdo mi apelación.

Marque la casilla si usted **no** desea recibir beneficios mientras espera su audiencia.

Firma

Fecha

PARA USO EXCLUSIVO DE LA AGENCIA

Departamento: _____ Oficina local: _____ Fecha de recepción de la apelación: _____

Nombre del caso: _____ Número del caso: _____

Apelación basada en la notificación enviada: _____ Vigencia: _____ ¿Se llevó a cabo la audiencia? S ___ N ___

¿Hay beneficios pendientes? S ___ N ___ Motivo: _____

¿Registro del caso adjunto? S ___ N ___ Motivo: _____

Trabajador: _____ Aprobación del supervisor: _____ Fecha: _____

PARA USO DE LA UNIDAD DE APELACIÓN SOLAMENTE

Representante de apelación: _____ Fecha: _____

Categoría: _____ Transmitido por: _____

Oficina de Audiencias Administrativas
Edificio de Derecho Administrativo
11101 Gilroy Road
Hunt Valley, MD 21031-1301

CÓMO SOLICITAR UNA AUDIENCIA SI CREE QUE ESTAMOS EQUIVOCADOS

- **¿Cómo solicito una audiencia?**

Llene el formulario en la parte delantera de esta página.

Usted puede:

Enviar **por correo, fax o llevar el formulario** a su oficina local de servicios sociales **O**,

Enviar **por correo el formulario** a la Oficina de Audiencias Administrativas a la dirección indicada arriba,

- Use el sobre adjunto.
- Verifique que la dirección en la parte de arriba de esta página se puede ver en la ventana del sobre.

Si usted no quiere llenar el formulario

Vaya a su oficina local de servicios sociales. Alguien allí le ayudará.

Llame al administrador de su caso o llame al DHS al 1-800-332-6347 para obtener más información.

- **¿Cuánto tiempo tengo para solicitar una audiencia?**

Usted debe solicitar una audiencia a más tardar **90 días** después de la fecha de la notificación.

- **¿Puedo seguir recibiendo mis beneficios mientras espero mi audiencia?**

Si solicita una audiencia a más tardar **10 días** después de la fecha de la notificación y usted está recibiendo beneficios, podrá recibir sus beneficios mientras espera, a menos que termine el período de sus beneficios. En ese caso, es posible que no podamos ofrecerle beneficios hasta después de que se haya recibido la decisión de la audiencia.

- **¿Voy a deber dinero si recibo mis beneficios mientras espero?**

Si el juez está de acuerdo con la decisión que tomamos, usted podría tener que devolver los beneficios que recibió.

- **¿Cuándo y dónde será la audiencia?**

La Oficina de Audiencias Administrativas le enviará una notificación indicando la hora y el lugar de su audiencia.

- **¿Tengo que ir a la audiencia?**

La audiencia puede ser desestimada si usted no se presenta. Si no puede ir, llame a la Oficina de Audiencias Administrativas y le informarán cómo reprogramar su audiencia.

- **¿Puedo llevar a alguien que me ayude o hable por mí?**

Usted puede traer a un abogado, amigo o pariente. Si desea ayuda legal gratuita, llame a su oficina local de servicios sociales o llame a Asistencia Legal al 1-800-999-8904.

- **¿Cómo puedo prepararme para la audiencia?**

Nosotros le enviaremos información con nuestros motivos para la decisión que tomamos, al menos 6 días antes de la audiencia. Usted puede ver su archivo, incluido el archivo electrónico, en su oficina local.

Nosotros hablaremos con usted sobre esta decisión. Usted tendrá que llamar para hacer una cita para ver su archivo y hablar con un supervisor.

Si necesita ayuda para llenar el formulario, por favor llame al 1-800-332-6347.