

SOLICITUD DE AUDIENCIA

Llene este formulario **SÓLO** si no está de acuerdo con una decisión relacionada con sus beneficios. Si no está de acuerdo con la acción tomada por una división local, tiene derecho a discutirla con un supervisor. Le ayudaremos a llenar este formulario, o puede solicitar una audiencia llamando al 1-800-332-6347.

1. Información personal. Llene los espacios de este cuadro y complete los cuadros 2 a 4. Favor de escribir con letra de molde
Nombre: _____ Fecha de Nacimiento: _____
Dirección: _____
Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal _____ Número de teléfono () _____
Nombre de su oficina local: _____ Número de Seguro Social: _____

2. ¿Sobre cuáles programas quiere hacer su apelación? (Marque a todos los que se aplican)

<u>Asistencia Médica [Medical Assistance (MA)]</u>	<u>Programas de Inversión Familiar/Servicios Sociales</u>
<input type="checkbox"/> Asistencia Médica Comunitaria	<input type="checkbox"/> Asistencia Temporal en Efectivo (TCA)
<input type="checkbox"/> Servicios a Largo Plazo de Asistencia Médica	<input type="checkbox"/> Cupones de Alimentos (FS)
Nombre de su representante: _____	<input type="checkbox"/> Pago de Guardería (POC)
<input type="checkbox"/> Programa de Salud Infantil de Maryland (MCHP)	<input type="checkbox"/> Asistencia Médica y de Vivienda para una Transición de Emergencia (TEMHA)
Nombre del Padre, Madre o Guardián: _____	<input type="checkbox"/> Adopción Temporal (FC) y/o Permanente
<input type="checkbox"/> Recibo otros beneficios	<input type="checkbox"/> Urgencias (EA)
<input type="checkbox"/> No recibo otros beneficios	<input type="checkbox"/> Asistencia Pública para Adultos (PAA)
<input type="checkbox"/> Beneficiario Médico Calificado (QMB/SLMB)	<input type="checkbox"/> Sobrepago de TCA
<input type="checkbox"/> Otro _____	<input type="checkbox"/> Emisión Excesiva de FS
	<input type="checkbox"/> Otro _____

3. ¿Cuáles son sus razones para solicitar una audiencia?

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> No me permitieron inscribirme. | <input type="checkbox"/> La cantidad de asistencia que recibo es incorrecta. |
| <input type="checkbox"/> Negaron mi solicitud. | <input type="checkbox"/> Mi asistencia ha sido erróneamente suspendida, reducida o terminada. |
| <input type="checkbox"/> No fue procesada correctamente mi solicitud. | <input type="checkbox"/> No creo que deba reembolsar la asistencia que he recibido. |
| <input type="checkbox"/> No estoy recibiendo los servicios que necesito. | |

Si recibió un aviso sobre este asunto, ¿qué fecha tiene? _____

¿Por qué solicita una audiencia? Explícanos qué sucedió. _____

4. Comprendo que si solicito una audiencia dentro de 10 días a partir de la fecha del aviso y si estaba recibiendo beneficios, todavía puedo recibirlos mientras espero tal audiencia, a menos que termine mi plazo de beneficios. Es posible que tenga que reembolsar dichos beneficios en caso de perder la apelación.

Marque aquí si *no* desea recibir beneficios mientras espera su audiencia.

SÓLO PARA USO DE LA AGENCIA

División: _____ Oficina Local: _____ Fecha de la solicitud: _____
Nombre de caso: _____ Número de caso: _____
Fecha del aviso en que se basa la apelación: _____ Fecha en que entra en efecto: _____
Se sostuvo una conferencia? Sí _____ No _____
Hay beneficios pendientes? Sí _____ No _____ Razón: _____
Se anexa el registro del caso? Sí _____ No _____ Razón: _____
Trabajador: _____ Aprobado por el supervisor: _____ Fecha: _____

SÓLO PARA USO DE LA UNIDAD DE APELACIONES

Representante de apelación: _____ Fecha: _____
Categoría: _____ Transmitida por: _____

CÓMO PEDIR UNA AUDIENCIA SI PIENSA QUE NOS HEMOS EQUIVOCADO

➤ **¿Cómo solicito una audiencia?**

Utilice el formulario en el dorso de esta página.

Lleve el formulario a su oficina local.

El nombre de su oficina local se encuentra a la derecha en la parte superior del aviso.

O puede enviar el formulario a la Oficina de Audiencias Administrativas [Office of Administrative Hearings].

Utilice el sobre adjunto.

Asegurese de que la dirección en la parte superior de la página se vea a través de la ventanilla del sobre.

Si no quiere llenar el formulario

Venga a su oficina local. Le ayudaremos.

Llame a su gerente de caso o al 1-800-332-6347.

➤ **¿Cuál es el plazo para solicitar una audiencia?**

Debe solicitar una audiencia no más de **90 días** a partir de la fecha del aviso.

➤ **¿Cómo puedo seguir recibiendo mis beneficios mientras espero la fecha de la audiencia?**

Si usted recibe beneficios y solicita una audiencia no más de **10 días** después de la fecha del aviso, puede seguir recibéndolos mientras espera, a menos que se venza el plazo para la obtención de beneficios.

➤ **¿Les voy a deber dinero si recibo los beneficios mientras espero?**

Sí. En caso de que el juez esté de acuerdo con nosotros y pierda su apelación es posible que usted tenga que reembolsarnos los beneficios.

➤ **¿Cuándo y donde se sostendrán las audiencias?**

La Oficina de Audiencias Administrativas le enviará un aviso informándole del lugar y la hora de su audiencia.

➤ **¿Tengo que asistir a la audiencia?**

Sí, perderá su apelación si no viene. En caso de no poder venir, llame a la Oficina de Audiencias Administrativas y le explicarán cómo pedir otra fecha para su audiencia.

➤ **¿Puedo llevar a alguien que me ayude o que hable de mi parte?**

Puede llevar un abogado, amigo o pariente. Si quiere ayuda legal gratuita, llame a su oficina local o a Asistencia Legal en el 1-800-999-8904.

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

Puede ver su archivo, incluso su archivo de computadora, en su oficina local y hablar con nosotros sobre esta decisión. Favor de llamarnos antes para pedir una cita. Le enviaremos nuestras razones sobre la decisión que usted está apelando cuando menos 6 días antes de la audiencia.

Si necesita ayuda para poder llenar el formulario favor de llamar al 1-800-332-6347.