

## **FORMULARIO DE SOLICITUD DE AUDIENCIA**

### **SU DERECHO A UNA AUDIENCIA**

Usted tiene el derecho a pedir por una audiencia si usted no está de acuerdo con cualquiera de nuestras decisiones. Una audiencia es una reunión con usted, su manejador de caso y un Oficial de Audiencia. El Oficial de Audiencia escuchará a los hechos y decidir si nuestra decisión fue correcta o incorrecta.

A una audiencia, usted puede explicar porque usted no está de acuerdo con nuestra decisión. Usted puede hablar por usted mismo o tener a alguien más, tal como un amigo o un relativo, que hable por usted. Usted puede también tener un abogado que hable por usted. Usted puede llamar a Servicios Legales/Legal Services al 1-800-453-3320 a pedir sobre ayuda legal gratis.

**La mejor manera para pedir por una audiencia es a usar la FORMULARIO DE SOLICITUD DE AUDIENCIA.** Si usted está pidiendo por una audiencia del programa de Cupones para Alimentos, usted puede también llamar al 1-800-462-0134.

- Usted tiene **60 días** desde la fecha de este aviso para pedir por una audiencia **para todos los programas excepto** Cupones para Alimentos.
- El Programa de Cupones para Alimentos tiene un tiempo límite de **90 días** para pedir por una audiencia.

### **Para HUSKY A o MEDICAID**

- Si usted está en el Medicaid "Spendedown" sus beneficios pueden ser descontinuados.
- Sus beneficios no cambiarán si usted pide por una audiencia antes de la fecha efectiva de este cambio.
- Si el Oficial de Audiencia decide que nuestro cambio fue correcto usted tendrá que pagarnos para atrás.
- Si el Oficial de Audiencia decide que nosotros no estabamos incorrectos, nosotros pagaremos por cualquier cuidado de salud cubierto.

### **Otros Programas**

- Sus beneficios no cambiarán si usted pide por una audiencia dentro de 10 días de este aviso. Sus beneficios se mantendrán igual hasta que el Oficial de Audiencia decida.
- Si el Oficial de Audiencia decide que nuestro cambio fue correcto, usted tendrá que pagarnos para atrás.
- Si usted nos permite a nosotros a cambiar sus beneficios de **dinero en efectivo** y el Oficial de Audiencia decide que nuestro cambio fue incorrecto, nosotros pagaremos inmediatamente a usted todos los beneficios que nosotros le debemos.
- Si usted está en el programa de **Asistencia Temporera para la Familia**, puede ser que halla un tiempo límite. Usted puede pedir una audiencia al final del tiempo límite, pero sus beneficios se terminarán al final del tiempo límite aun sí la audiencia no ha sido llevado a cabo o decidida.

## **USTED TIENE EL DERECHO A HACER UNA QUERELLA DISCRIMINATORIA**

Usted tiene el derecho a hacer una querella discriminatoria si usted piensa que nosotros hemos tomado una acción en contra de usted debido a su raza, color, credo religioso, sexo, estado marital, edad, origen nacional, ancestría, expediente criminal, creencia política, orientación sexual, retardación mental, desorden mental, incapacidad de aprendizaje o incapacidad física, incluyendo pero no con límites a la ceguera.

Un individuo con una incapacidad puede pedir y recibir una acomodación razonable o ayuda especial del departamento, cuando la ayuda especial es necesaria para permitirle al individuo a que tenga una oportunidad igual y significativa para que participe en los programas administrados por el departamento.

Si usted pidió por una acomodación o ayuda especial y nosotros nos rehusamos a proveer la ayuda especial, usted puede hacer una querella al Director a la División de Acción Afirmativa del departamento o cualquiera de las agencias listadas abajo.

Usted o alguien representándole a usted puede escribir o llamar a una o más de estas agencias para hacer una querella discriminatoria:

### **Comisionado del Departamento de Servicios Sociales a:**

Commissioner of the Department of Social Services  
Attention: Affirmative Action Division Director/ADA Coordinator  
25 Sigourney Street  
Hartford, CT 06106-5033  
Teléfono: 1-860-424-5040 (TDD: 1-800-842-4524)

### **Comisión en Derechos Humanos y Oportunidades de Connecticut a:**

Connecticut Commission on Human Rights and Opportunities  
21 Grand street  
Hartford, CT 06106  
Teléfono: 1-860-541-3400 (TDD: 1-860-541-3459)

### **Departamento de Salud y Servicios Humanos de E.E.U.U.**

#### **Oficina de Derechos Civiles a:**

US Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights  
200 Independence Avenue SW, Room 506-F  
Washington, D.C. 20201  
Teléfono: 1-202-619-0403 (TDD: 1-800-537-7697)

### **Departamento de Agricultura de E.E.U.U.**

#### **Oficina de Derechos Civiles (Cupones para Alimentos solamente) a:**

US Department of Agriculture  
Office of Civil Rights  
Whitten Building, Room 326-W  
1400 Independence Avenue SW  
Washington, D.C. 20250-9410  
Teléfono/TDD: 1-202-720-5964

Nombre: \_\_\_\_\_

Número de Cliente: 00 \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Nombre de Trabajador(a): \_\_\_\_\_

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

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

**FORMULARIO DE SOLICITUD DE AUDIENCIA**

**Use este formulario solamente si usted desea una audiencia. Recuerde, antes de pedir una audiencia o en cualquier momento después de ello, usted puede llamar a su trabajador(a) de caso o a su supervisor(a) para que le ayuden a resolver el problema:**

- 1. Yo no estoy de acuerdo con la decisión tomada en mi caso. Estoy pidiendo una audiencia porque:

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

*(Si necesita más espacio para escribir favor de usar el reverso de esta forma.)*

- 2. Mi número de teléfono, incluyendo el código de área es: \_\_\_\_\_ (       ) \_\_\_\_\_

- 3. Por favor marque uno:

Bajo algunos programas, los beneficios pueden continuar mientras la decisión de la audiencia esté pendiente. Si es posible, yo deseo que mis beneficios continúen hasta que se tome la decisión de la audiencia. Yo comprendo que si la decisión no resulta a mi favor, yo podría tener la obligación de devolver los beneficios pagados.

No quiero que se continúen mis beneficios mientras el Oficial de Audiencia esté deliberando su decisión.

4. X \_\_\_\_\_  
Firma

\_\_\_\_\_  
Fecha

- 5. Envíe esta solicitud llenada por correo o por fax a:

Department of Social Services  
Office of Legal Counsel, Regulations and Administrative Hearings  
25 Sigourney Street  
Hartford, CT 06106-5033  
Número de fax: (860) 424-5729

