AVISO DE ACCIÓN (NOTICE OF ACTION)

Formulario del Estado 43351 (R2 / 7-03) / FI FS 0041S

Acción tomada sobe su caso de Cupones para Alimentos

Los registros en estas series son confidenciales de acuerdo con 470 IAC 6-1-1.

Nombre y dirección de la Agencia

Nombre del caso y dirección

Número del Caso

I.D. del trabajador del caso

Número de teléfono

Fecha de envío del Aviso de Acción (*mes, día, año*)

☐ Los beneficios incrementados que Ud. recibirá el próximo mes se deben a una reducción propuesta sobre sus beneficios TANF. Si Ud. solicita que sus beneficios TANF sean continuados de acuerdo con el monto previo, pendiente de una audiencia imparcial, sus beneficios de Cupones para Alimentos serán reducidos al monto previo mensual.

☐ Ud. se ha aplicado para TANF. Sus beneficios de Cupones para Alimentos podrían ser reducidos o cancelados sin aviso previo si Ud. es aprobado para TANF.

☐ Aceleramos su caso permitiéndole entregar su verificación más adelante; por lo tanto, los beneficios de su segundo mes podrían reducirse o cancelarse sin aviso previo si su verificación no nos ha llegado antes de la fecha de vencimiento o si su prueba muestra que debería ser así. Los beneficios de su segundo mes estarán listos el primer día del segundo mes o 7 días después de que recibamos la verificación, cualesquiera se presente último.

IMPORTANTE

1. Hemos aplicado las disposiciones oficiales a la situación de su caso. Por lo tanto, hemos tomado la acción abajo indicada (3).
2. *Para las CANCELACIONES de beneficios y REDUCCIONES de beneficios: restituiremos sus beneficios de cupones para alimentos de acuerdo con su monto anterior si recibimos una solicitud de audiencia sobre esta acción antes del 10mo. día a partir de la fecha de envio de este aviso. Pero si la decisión de la audiencia indica que estábamos en lo correcto con respecto a la reducción o cancelación, Ud. tendrá que devolver cualquier excedente recibido mientras esperaba la audiencia.

UD. TIENE HASTA EL 90mo. DÍA A PARTIR DE LA FECHA ARRIBA INDICADA O HASTA EL FINAL DEL PERÍODO DE ESTA CERTIFICACIÓN PARA SOLICITAR UNA AUDIENCIA IMPARCIAL SOBRE LO QUE HEMOS HECHO. LOS DERECHOS A LA AUDIENCIA ESTÁN EXPLICADOS EN EL REVERSO DE ESTE FORMULARIO.

(3) ACCIÓN TOMADA	ACCIÓN
	* Cancelación de sus beneficios a partir de la fecha abajo indicada: Fecha _____ Razón:
	* Sus beneficios cambiaron a partir de la fecha abajo indicada al monto especificado: Fecha _____: Cantidad $ _____ Razón:
	El procesamiento de su solicitud fue suspendido porque Ud. todavía no _____ _____ Su vencimiento para el acatamiento ahora es _____. Si Ud. fuera negligente por este retraso, no recibirá los beneficios para el mes de la solicitud.
	Se suspendieron sus beneficios. Esto significa que Ud. no recibirá los beneficios de los cupones para alimentos porque si bien su unidad de asistencia es categóricamente elegible en base al recibo de Asistencia Temporaria para las Familias Necesitadas (TANF) y/o SSI, Ud. está por encima de los límites de ingresos para recibir beneficios. Esta suspensión durará hasta que sus circunstancias cambien de modo que Ud. pueda ser elegible para los beneficios.
	Certificamos a su grupo doméstico como elegible para el período abajo indicado: Desde _____ hasta: _____
	Ud. no era elegible para el mes de la solicitud porque:

(*véase al reverso*)

(3) ACCIÓN TOMADA	ACCIÓN
	Su grupo doméstico es elegible para los montos abajo indicados. Los montos futuros pueden cambiar a medida que Ud. nos informe sobre los cambios de circunstancias de su grupo doméstico. ☐ Monto para cada mes $ _____ ☐ Monto para el primer mes $ _____ ☐ Monto para caca uno de los meses restantes. $ _____ ☐ Monto para el primer mes $ _____ ☐ Monto para el segundo mes $ _____ ☐ Monto para cada uno de los meses restantes $ _____ **RECUERDE: SUS BENEFICIOS PARA CADA MES VENCEN AL FINAL DE CADA MES.**
	Su grupo doméstico es certificado como elegible únicamente para el mes abajo indicado. Después de esa fecha usted no es elegible. Mes: _____ Razón: _____
	El primer beneficio de su grupo doméstico deberá ser retirado antes de la fecha abajo indicada o VENCERÁ. Fecha_____
	La solicitud de su grupo doméstico fue rechazada debido a:

DERECHOS A UNA AUDIENCIA

Si usted está en desacuerdo con la acción tomada o la propuesta de acción a tomarse con respecto a su caso, como se explica en este aviso, tiene 90 días a partir de la fecha en que este Aviso de Acción fue enviado para solicitar una audiencia imparcial. Si Ud. está en desacuerdo con su nivel actual de beneficios, podrá solicitar una audiencia en cualquier momento dentro del período de su certificación, aún si han transcurrido los 90 días.

Si estamos proponiendo cancelar o reducir sus beneficios de Cupones para Alimentos, usted podría ser elegible para continuar recibiendo los beneficios al nivel actual hasta que se dé a conocer una decisión de la audiencia, venza su período de certificación o se produzca otro cambio en sus circunstancias que afectará su nivel de beneficios. Para poder continuar recibiendo sus beneficios al nivel actual deberá recibirse una solicitud para una audiencia imparcial antes de los 10 días después de la fecha de envío de este Aviso de Acción. Si la decisión de la audiencia es que la acción propuesta por la oficina local ha sido correcta, usted adeudará el valor de los beneficios en exceso recibidos basándose en su solicitud de audiencia dentro de un período de 10 días. Si tiene derecho a recibir beneficios en forma continua al nivel anterior, sus beneficios serán continuados excepto si usted solicitara específicamente que no fuera así.

Las solicitudes de audiencia pueden hacerse personalmente, por teléfono o por escrito.

Si usted tiene alguna pregunta relacionada con la acción propuesta deberá llamar por teléfono al número indicado en el anverso sobre el margen superior derecho. Para obtener información sobre asesoramiento legal grauito, usted deberá llamar al _____. Este es el número telefónico de la Organización de Servicios Legales de su condado.