

**Departamento de Servicios Humanos de Georgia**  
**División de Servicios para la Familia y los Niños**  
**AVISO DE SANCIÓN/PENALIZACIÓN EN EL PROGRAMA DE CUPONES DE ALIMENTOS**

Departamento de Servicios para la Familia y los Niños del condado de \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_

Nombre \_\_\_\_\_

N.º de ID del cliente \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

N.º de caso \_\_\_\_\_

Para obtener servicios legales gratis, llame al \_\_\_\_\_

Nombre/ID del trabajador \_\_\_\_\_

Estimado/a señor/a: \_\_\_\_\_ [jefe/a de hogar]

Sus cupones de alimentos cambiarán de \$ \_\_\_\_\_ a \$ \_\_\_\_\_ a partir de \_\_\_\_\_ por la razón que se enumera a continuación.

\_\_\_\_\_ dejará de recibir cupones para alimentos a partir de \_\_\_\_\_ porque \_\_\_\_\_ no cumplió con los requisitos de trabajo para recibir cupones para alimentos; consulte a continuación:

\_\_\_\_ Renunció voluntariamente a un trabajo sin causa suficiente o redujo voluntariamente las horas de trabajo a menos de 30 horas por semana sin causa suficiente.

\_\_\_\_ Se negó a cumplir con los requisitos del programa de empleo y capacitación, o no los cumplió.

---

**[ \_\_\_\_\_ ] SANCIÓN APLICADA DEL PROGRAMA SNAP WORKS**

\_\_\_\_\_ no cumplió o se negó a cumplir sus requisitos de trabajo del programa SNAP WORKS en el mes de \_\_\_\_\_ (mes/año).

La persona anteriormente mencionada no realizó o se negó a realizar la siguiente acción (indique un motivo):

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

\_\_\_\_\_ no reúne los requisitos para recibir beneficios de cupones para alimentos al menos desde \_\_\_\_\_ hasta \_\_\_\_\_, o hasta su cumplimiento

**Departamento de Servicios Humanos de Georgia**  
**División de Servicios para la Familia y los Niños**  
**AVISO DE SANCIÓN/PENALIZACIÓN EN EL PROGRAMA DE CUPONES DE ALIMENTOS**

o exención de registro o participación en el empleo. Esta es la [ ] infracción. Si la persona anterior cumple con los requisitos del programa SNAP Works antes de la fecha de entrada en vigencia de la sanción, no se impondrá la sanción. La sanción se podrá levantar antes del final del período de sanción si \_\_\_\_\_ pasa a estar exento de los requisitos de trabajo o los cumple.

Tras el período de sanción por encima del mínimo, la persona puede tomar las siguientes medidas a fin de reunir los requisitos para recibir beneficios nuevamente:

- Volver a solicitar los beneficios y proporcionar toda la información necesaria para determinar la elegibilidad.  
Y
- Cumplir con los requisitos de trabajo para recibir cupones para alimentos.

Puede comunicarse con su trabajador social para obtener información sobre el cumplimiento de los requisitos de trabajo para recibir cupones para alimentos.

---

**[ ] SANCIÓN APLICADA POR RENUNCIA AL TRABAJO/REDUCCIÓN DEL ESFUERZO DE TRABAJO VOLUNTARIAS**

\_\_\_\_\_ no cumplió/se negó a cumplir su requisito de trabajo para recibir cupones para alimentos durante el mes de \_\_\_\_\_. La persona anteriormente nombrada renunció voluntariamente a un trabajo sin causa suficiente o redujo voluntariamente las horas de trabajo a menos de 30 horas por semana sin causa suficiente.

\_\_\_\_\_ no reúne los requisitos para recibir beneficios de cupones para alimentos desde \_\_\_\_\_ hasta \_\_\_\_\_, o hasta la exención de los requisitos de registro de trabajo. Esta es la [ ] infracción. La sanción indicada anteriormente se podrá levantar antes del final del período de sanción si \_\_\_\_\_ pasa a estar exento de los requisitos de trabajo o los cumple. NOTA: la sanción aplicada por renuncia al trabajo/reducción del esfuerzo de trabajo voluntarias se levanta luego del período de sanción mínimo.

Puede comunicarse con su trabajador social para obtener información sobre el cumplimiento de los requisitos de trabajo para recibir cupones para alimentos.

---

**[ ] SANCIÓN APLICADA POR NO CUMPLIR UNA ACCIÓN REQUERIDA:**

Si usted es beneficiario/a de la Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (TANF) y no ha cumplido o se ha negado a cumplir un requisito de trabajo o de responsabilidad personal de TANF, sus beneficios de cupones para alimentos no pueden aumentar debido a la acción de TANF. Su importe de TANF anterior de \$\_\_\_\_\_ continuará siendo presupuestado en el caso de cupones para alimentos desde \_\_\_\_\_ hasta \_\_\_\_\_.

**Departamento de Servicios Humanos de Georgia**  
**División de Servicios para la Familia y los Niños**  
**AVISO DE SANCIÓN/PENALIZACIÓN EN EL PROGRAMA DE CUPONES DE ALIMENTOS**

\_\_\_\_\_. Si su caso de TANF está cerrado, esta penalización de cupones para alimentos se aplicará durante un período no superior a 12 meses.

**Departamento de Servicios Humanos de Georgia  
División de Servicios para la Familia y los Niños  
AVISO DE SANCIÓN/PENALIZACIÓN EN EL PROGRAMA DE CUPONES DE ALIMENTOS**

**QUIERO SOLICITAR UNA AUDIENCIA**

Si no está satisfecho con la decisión sobre su caso, puede solicitar que el Departamento de Servicios Humanos celebre una audiencia imparcial para revisar la acción que la División de Servicios para la Familia y los Niños está realizando con respecto a sus beneficios del Programa de Cupones de Alimentos.

El motivo por que quiero una audiencia es:

---

---

---

---

Marque la casilla correcta si corresponde:

Si solicita una audiencia dentro de 14 días a partir de la fecha de este aviso, puede continuar recibiendo sus beneficios de cupones de alimentos en el nivel de solicitud preaudiencia hasta su próxima revisión periódica.

- No quiero seguir recibiendo los beneficios que recibo ahora mientras estoy a la espera de la decisión de la audiencia.
- Quiero seguir recibiendo los beneficios que recibo ahora mientras estoy a la espera de la decisión de la audiencia.

Entiendo que se me puede requerir reembolsar al Departamento de Servicios Humanos cualquier sobrepago de beneficios de cupones para alimentos a los que no tenía derecho según lo determinado por el funcionario de la audiencia.

NOTA: los beneficios de cupones de alimentos no continúan en el nivel de solicitud preaudiencia después del próximo examen periódico. Si se niegan los beneficios en la solicitud o la revisión periódica, no se continuarán los beneficios.

Firma de la persona que solicita la audiencia \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

Número telefónico al que se le puede contactar \_\_\_\_\_

Si desea solicitar una audiencia, firme arriba y devuelva el presente formulario a la División de Servicios para la Familia y los Niños.

**Procedimientos de audiencia**

**Puede solicitar una audiencia oralmente o por escrito a la División de Servicios para la Familia y los Niños. Tiene 90 días a partir de la fecha en este formulario para solicitar una audiencia. La audiencia es celebrada para el Programa de Cupones de Alimentos por un representante de la Oficina de Audiencias Administrativas del Estado. Cualquier miembro del personal estará encantado de proporcionar los formularios necesarios, ayudarle a presentar su solicitud de audiencia y ayudarle en todo lo posible para prepararse para la audiencia. En la audiencia, podrá estar representado por un representante autorizado como un asesor jurídico, un pariente, un amigo u otro portavoz, o puede representarse a usted mismo/a. Puede haber servicios legales gratuitos disponibles en su comunidad. Si está interesado en los servicios legales, llame al número de servicios legales gratuitos que aparece en la portada de este formulario.**