

Departamento de Recursos Humanos de Georgia
NOTIFICACIÓN DE DISPOSICIÓN
SERVICIOS DE INTERVENCIÓN LABORAL

Departamento de Servicios para la Familia y los Niños del condado de _____

Nombre del caso _____ Fecha de envío/entrega a AU _____

Nombre del cliente _____ Nombre/cargo del administrador del caso _____

Número de ID del cliente _____ Número de teléfono del administrador del caso _____

Marque las casillas apropiadas:

- Su solicitud de Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (TANF) con fecha de _____ se rechaza a partir del _____ porque:
 - Decidió no recibir TANF en este momento porque está de licencia sin goce de sueldo y volverá a su trabajo en 4 meses. Es potencialmente elegible para recibir TANF.

- Tiene la aprobación para recibir un pago en efectivo por única vez de servicios de intervención laboral (EIS) de \$_____.

- No es elegible para recibir TANF durante doce meses a partir de la fecha siguiente:
_____.

- **REGLAMENTO:** Manual ODIS, Secciones 1830, Servicios de Apoyo Laboral

INFORMACIÓN IMPORTANTE:

- Puede encontrar la **política** utilizada para determinar su elegibilidad en www.odis.dhs.ga.gov.
- De acuerdo con la Sección 504 de la **Ley de Rehabilitación de 1973 y Ley para Estadounidenses con Discapacidades (ADA)**, el **Departamento de Servicios Humanos (DHS)** ofrece adaptaciones razonables a las personas con discapacidades. Esto incluye ayuda para explicar las cartas y los formularios. Si desea una adaptación razonable o **necesita ayuda con este formulario, comuníquese con nosotros al 404-463-5116. Si tiene una discapacidad auditiva, llame a GARelay al 1-800-255-0135** para obtener asistencia gratuita.
- De acuerdo con las leyes federales y la política estatal, el **Departamento de Servicios Humanos (DHS)** tiene prohibido discriminar por motivos de raza, color, origen nacional, sexo, edad, discapacidad, religión o creencias políticas.
- **Si necesita ayuda para leer este documento** o no entiende inglés, llame al 1-877-423-4746 para obtener servicios de traducción gratuitos.
- **Tiene derecho a solicitar una audiencia justa** ante un funcionario de audiencias administrativas estatales si no está de acuerdo con esta decisión. En la audiencia, puede tener representación de un abogado, pariente, amigo o cualquier persona que usted elija. Si desea una audiencia, debe solicitarla por escrito o comunicándose con la agencia dentro del siguiente plazo:
 - **30 días** a partir de la fecha de este aviso de TANF.

Si desea seguir recibiendo beneficios mientras espera la decisión de su audiencia, debe solicitar la audiencia dentro de **14 días** a partir de la fecha de este aviso. Entienda que es posible que los beneficios no continúen si su caso se cerró al final de un período de certificación o si se rechazó su solicitud para recibir beneficios. Para obtener asesoramiento legal gratuito sobre sus beneficios, llame a su oficina local de Servicios Legales al 1-800-745-5717.

PROCEDIMIENTOS DE AUDIENCIA

Podría obtener ayuda legal sin costo. Si quiere recibir ayuda de un abogado, puede llamar a uno de los números que se indican a continuación.

1. Programa Georgia Legal Services
1-800-498-9469
(Servicios legales para todo el estado, EXCEPTO los condados que reciben servicios de Atlanta Legal Aid).
2. Oficina del Defensor del Pueblo (Ombudsman) en Cuestiones de Atención a Largo Plazo
División de Servicios para la Tercera Edad
2 Peachtree Street, NW
Suite 9-231
Atlanta, GA 30303-3142
888-454-LTCO (5826)
3. Atlanta Legal Aid
404-377-0701 (condado de DeKalb)
678-407-6469 (condado de Gwinnett) 770-528-2565 (condado de Cobb) 404-524-5811 (condado de Fulton)
404-669-0233 (sudoeste de Fulton/condado de Clayton)
4. Línea directa de Georgia Senior
Legal 1-888-257-9519
(Servicios legales para todo el estado para personas mayores)



SOLICITUD DE AUDIENCIA JUSTA

Complete y devuelva este formulario si no está de acuerdo con esta decisión.

Fecha de hoy: 	No. de teléfono: (Para comunicarse con usted)
------------------------------	---

Solicito una audiencia imparcial sobre **Cupones de Alimentos/SNAP para Adultos Mayores** **Asistencia Médica** **TANF**

Al marcar esta casilla, entiendo que solicito una audiencia justa porque no estoy de acuerdo con la decisión que se tomó sobre mi solicitud de Cupones de Alimentos/Programa de Ayuda Suplementaria de Nutrición (SNAP) para Adultos Mayores, Medicaid, TANF. Entiendo que un juez de derecho administrativo escuchará los casos presentados por ambas partes y determinará si las leyes estatales y federales se siguieron correctamente.

Indique por qué quiere una audiencia justa:

Marque la casilla correcta si corresponde:

- No deseo seguir recibiendo los beneficios que recibo ahora mientras espero la decisión de la audiencia.
- Deseo seguir recibiendo los beneficios que recibo ahora mientras espero la decisión. **Entiendo que deberé reembolsar al Departamento de Servicios Humanos cualquier pago de beneficios en exceso a los que no tenía derecho según lo determinado por el funcionario de audiencias.** Entiendo que es posible que mis beneficios no continúen si mi caso terminó al final de un período de elegibilidad o si mi solicitud para recibir beneficios fue rechazada.

Tiene diez (10) días a partir de la fecha del formulario para solicitar una audiencia. Todas las solicitudes de audiencia deben hacerse por escrito. Cualquier miembro del programa de Cuidado Infantil y Servicios para Padres (CAPS) estará encantado de entregarle los formularios necesarios y ayudarle con sus preguntas sobre el proceso de apelación. Usted puede representarse a sí mismo o puede contar con un representante autorizado durante la audiencia. Puede obtener información sobre las audiencias en Internet en <http://www.ganet.org/osah/>.

Firma o marca del reclamante

Fecha