

Departamento de Servicios Humanos de Georgia  
NOTIFICACIÓN DE DISPOSICIÓN  
Pagos de apoyo laboral  
División de Servicios para la Familia y los Niños

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

\_\_\_\_\_

Nombre del cliente: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

No. de ID del cliente: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Nombre y teléfono del administrador del caso \_\_\_\_\_

Tiene la aprobación para recibir pagos de apoyo laboral de \$ \_\_\_\_\_ por mes durante \_\_\_\_\_ meses a partir de la fecha siguiente:

No es elegible para recibir pagos de apoyo laboral porque: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Su pago de apoyo laboral finaliza a partir de la siguiente fecha: \_\_\_\_\_

Es elegible para recibir servicios de apoyo de transición de \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_.

No es elegible para recibir servicios de apoyo de transición porque: \_\_\_\_\_

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

**NOTA:** Si no cumple con el requisito de trabajo para recibir el pago de apoyo laboral, no tendrá la opción de volver a la Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (TANF) antes de que terminen los doce (12) meses de elegibilidad del pago de apoyo laboral (WSP). No será elegible para recibir TANF durante doce (12) meses.

## INFORMACIÓN IMPORTANTE:

- Puede encontrar la **política** utilizada para determinar su elegibilidad en [www.odis.dhs.ga.gov](http://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 GA Relay 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.

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

## 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