

Departamento de Servicios Humanos de Georgia

NOTIFICACIÓN DE DISPOSICIÓN

Pagos por servicios de intervención en crisis (CRISP) para abuelos que crían a sus nietos (GRG)

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

Nombre del cliente

Número de caso

Dirección

Administrador de caso

PUEDE ENCONTRAR LOS PROCEDIMIENTOS PARA SOLICITAR UNA AUDIENCIA EN EL REVERSO DE ESTE FORMULARIO

Esta acción entrará en vigor el _____
PARA OBTENER SERVICIOS LEGALES GRATUITOS LLAME AL ____

-
- Ha obtenido aprobación para recibir un pago por servicios de intervención en crisis (CRISP) para GRG de \$ _____.
Por: _____.
- No es elegible para recibir un pago por servicios de intervención en crisis (CRISP) para _____ porque: _____.

Si tiene alguna pregunta sobre su pago por servicios de intervención en crisis para GRG o el período en que no es elegible para su pago mensual del subsidio para GRG, llame a su administrador de caso al número de teléfono que aparece arriba.

❖ **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 la **Ley para Estadounidenses con Discapacidades (ADA)**, el **Departamento de Servicios Humanos (DHS)** ofrece modificaciones razonables y asistencia de comunicación a personas con discapacidades. Puede encontrar más información en el Aviso de derechos de la ADA/Sección 504. <https://dfcs.georgia.gov/adasection-504-and-civil-rights>.
- 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 y, en algunos casos, 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 imparcial** 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 **para TANF**.

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

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 (suroeste 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) |

Cuando el único problema es de política estatal, las audiencias grupales pueden llevarse a cabo 42 CFR, § 431.222.



SOLICITUD DE AUDIENCIA IMPARCIAL

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

Fecha de hoy:	Nro. de teléfono (para comunicarse con usted)
----------------------	--

Solicito una audiencia imparcial sobre lo siguiente: **Cupones de alimento** **Medicaid** **TANF.**

Al marcar esta casilla, entiendo que solicito una audiencia imparcial porque no estoy de acuerdo con la decisión tomada sobre mi solicitud de cupones de alimentos, Medicaid o 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.

Cuéntenos por qué quiere una audiencia imparcial:

Marque la casilla correcta si corresponde:

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

Firma o marca del reclamante

Fecha