

Departamento de Servicios Humanos de Georgia
AVISO DE DICTAMEN
**SANCIONES DE LA ASISTENCIA TEMPORAL PARA FAMILIAS
NECESITADAS (TANF, por sus siglas en inglés)**
División de Servicios para Familias y Niños

Nombre del Cliente:

Número de caso:

Domicilio del caso:

Identificación del trabajador:

Teléfono del trabajador social:

Fecha:

LOS PROCEDIMIENTOS PARA SOLICITAR UNA AUDIENCIA SE ENCUENTRAN AL DORSO DE ESTE FORMULARIO

Esta acción debe hacerse efectiva _____ **PARA SOLICITAR SERVICIOS LEGALES GRATUITOS LLAME AL 1-800-745-5717**

_____ no ha cumplido con las regulaciones de TANF al no _____.

Este incumplimiento de las regulaciones de TANF resulta en una SANCIÓN a su caso de asistencia en efectivo.

- El resultado de esta sanción es el siguiente:

Una **primera** sanción y una **reducción** del 25 % en su asistencia en efectivo de TANF durante tres meses completos, _____, _____ y _____.

Su asistencia en efectivo de TANF se reduce de _____ a _____ a partir del _____.

Una **segunda** sanción y **terminación** de su asistencia en efectivo TANF por tres meses completos.

Su asistencia en efectivo de TANF finaliza a partir del _____. No será elegible durante _____.

Una sanción **posterior** y una **reducción** del 25 % en su asistencia en efectivo de TANF durante tres meses completos _____, _____ y _____.

Su asistencia en efectivo de TANF se reduce de _____ a _____, a partir del _____.

Una sanción **posterior** y la **terminación** de su asistencia en efectivo de TANF durante doce meses completos.

Su asistencia en efectivo de TANF finaliza a partir del _____. No será elegible durante _____.

- Puede seguir recibiendo Asistencia Médica.
- Si considera que tenía una buena razón para no cumplir con las normas de TANF, comuníquese con su administrador de casos de inmediato.
- Puede evitar la SANCIÓN en este momento si cumple con el requisito especificado anteriormente antes del _____.

NORMATIVA: Manual de Servicios de Apoyo Económico, Secciones 1351

❖ INFORMACIÓN IMPORTANTE:

- **Las normas** utilizadas para determinar su elegibilidad pueden encontrarse en <http://odis.dhs.ga.gov/General>.
- Conforme a la Sección 504 de la **Ley de Rehabilitación de 1973 y la Ley de Estadounidenses con Discapacidades (ADA, por sus siglas en inglés)**, el **Departamento de Servicios Humanos (DHS, por sus siglas en inglés)** proporciona Modificaciones Razonables y Asistencia de Comunicación para personas con discapacidades. Se puede encontrar más información en Aviso de ADA/Derechos de la Sección 504, en <https://dfcs.georgia.gov/adasection-504-and-civil-rights>.
- Si necesita ayuda para leer o completar este documento o necesita ayuda para comunicarse con nosotros, pregúntenos o llame al 1-877-423-4746. Nuestros servicios, incluidos los intérpretes, son gratuitos. Si es sordo, tiene problemas de audición, sordoceguera o tiene dificultades para hablar, puede llamarnos al número anterior marcando 711 (retransmisión de Georgia).
- A través del **Departamento de Servicios Humanos (DHS)**, puede presentar quejas por discriminación comunicándose con su oficina local de la División de Servicios para la Familia y los Niños (DFCS, por sus siglas en inglés) o con el Coordinador de Derechos Civiles de DFCS, ADA/Sección 504 en 47 Trinity Avenue SW, Atlanta, GA 30334, 877-423-4746. Para quejas que aleguen discriminación basada en el dominio limitado del inglés, comuníquese con el Programa de DHS para el dominio limitado del inglés y el deterioro sensorial en 47 Trinity Avenue SW, Atlanta, GA 30334, 877-423-4746 (voz).
- Para denunciar fraudes de SNAP y TANF, comuníquese con la Oficina del Inspector General (OIG, por sus siglas en inglés) al 1-877-423-4746.
- **Tiene derecho a solicitar una audiencia imparcial** ante un funcionario de audiencias del estado si no está de acuerdo con esta decisión. Puede ser representado en la audiencia por un abogado, pariente, amigo o cualquier persona que elija. Si desea una audiencia, debe solicitarla por escrito o comunicándose con la agencia dentro de los:
 - **30 días** a partir de la fecha de este aviso **de TANF**.

Si desea continuar recibiendo beneficios mientras espera la decisión de su audiencia debe solicitar la audiencia en un plazo de **14 días** a partir de la fecha de este aviso. Por favor, comprenda que es posible que los beneficios no continúen si su caso se cerró al final de un período de certificación o si se denegó su solicitud para recibir beneficios.

Información legal

Es posible que pueda obtener ayuda legal sin costo alguno. Si desea recibir asesoramiento de un abogado, puede llamar a uno de los números a continuación.

- | | |
|---|---|
| 1. Programa de Servicios Legales de Georgia
1-800-498-9469
(Servicios legales en todo el estado,
EXCEPTO para los condados atendidos por
Atlanta Legal Aid) | 2. Oficina del Estado de Cuidado a Largo Plazo
Defensor del pueblo
División de Servicios para la Tercera Edad
47 Trinity Avenue SW,
Atlanta, GA 30334
866-552-4464 |
| 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 (Condado de So Fulton/Clayton) | 4. Línea directa legal para personas mayores de
Georgia
1-888-257-9519
(Servicios legales estatales para personas
mayores) |

Cuando el único problema en cuestión sea una política estatal, pueden llevarse a cabo audiencias grupales Sección 431.222, Título 42 del C.F.R.



SOLICITUD DE AUDIENCIA IMPARCIAL

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

Fecha de hoy:	Número de teléfono (Donde se le puede contactar)
---------------	---

Estoy solicitando una audiencia imparcial para:

- SNAP/Senior SNAP Asistencia Médica TANF
 Programa Mujeres, Bebés y Niños (WIC, por sus siglas en inglés)

Al marcar esta casilla, entiendo que estoy solicitando una audiencia imparcial porque no estoy de acuerdo con la decisión tomada sobre mi solicitud de SNAP/Senior SNAP, Asistencia Médica, TANF o WIC. Entiendo que un juez de derecho administrativo escuchará los casos presentados por ambas partes y determinará si se siguieron correctamente las leyes estatales y federales.

Indique por qué desea una audiencia imparcial:

Marque la casilla correcta si corresponde:

- No quiero seguir recibiendo los beneficios que ahora recibo mientras espero la decisión de la audiencia.
- Quiero seguir recibiendo los beneficios que ahora recibo mientras espero la decisión de la audiencia. **Entiendo que tendré que reembolsar al Departamento de Servicios Humanos cualquier sobrepago en beneficios a los que no tenía derecho según lo determinado por el funcionario de audiencias.** Entiendo que mis beneficios no pueden continuar si mi caso se cerró al final de un período de elegibilidad o si mi solicitud para recibir beneficios fue denegada.

Firma o marca del demandante

Fecha

Devuelva este formulario completo a la División de Servicios para Familias y Niños de su condado