OFS 13SI SP
Rev. 04/23
10/22 Issue Obsolete
IV

Departamento de Servicios para Niños y Familias de Louisiana

Aviso de Informe Simplificado de Presentación Incompleta

No. de Id.:_____

Fecha:_____

Estimado _____:

Este es un recordatorio de que su Informe simplificado de SNAP ha sido recibido, pero no estaba completo por los motivos que se detallan a continuación:

☐ El formulario del Informe simplificado no estaba firmado. Firme el documento adjunto y devuélvalo en el sobre
Cerrado antes
del _____.

☐ Su Informe simplificado no incluía la siguiente información o las verificaciones solicitadas que son necesarias para determinar la elegibilidad o el monto del beneficio. Por favor, devuelva la información requerida a más tardar
_____.

Puede enviar los documentos por FAX al (225) 663-3164, por correo a la dirección mencionada anteriormente o cargarlos a través del Portal del Cliente del Departamento de Servicios para Niños y Familias (Department of Children and Family Services, DCFS) en www.dcfs.la.gov/CAFE. Incluya el nombre del jefe de familia, el número de identificación del caso, el número de Seguro Social y la fecha de nacimiento en todos los documentos que presente. No presente documentos originales, como certificados de nacimiento originales o tarjetas de seguro social, ni comprobantes de cheque originales. Proporcione copias de estos documentos porque es posible que no se le devuelva el original.

Para obtener más información acerca de los programas y los servicios o para obtener información específica sobre su caso, llame al 1-888-LAHELPU (1-888-524-3578).

De acuerdo con la ley federal de derechos civiles y las normas y reglamentaciones de derechos civiles del Departamento de Agricultura de EE. UU. (USDA), esta institución tiene prohibido discriminar por motivos de raza, color, país de origen, sexo (incluyendo identidad de género y orientación sexual), religión, discapacidad, edad, creencia política o tomar represalias por actividades de derechos civiles previas.

La información del programa podría estar disponible en idiomas que no sean inglés. Las personas con discapacidades que requieran medios alternativos de comunicación para obtener la información del programa (por ejemplo, braille, letra grande, grabación de audio, lengua de señas americana) deben comunicarse con la agencia (estatal o local) donde se postularon paralos beneficios. Los individuos que sean sordos, tengan dificultades auditivas o del habla pueden contactar al USDA por medio del Servicio Federal de Relé llamando al (800) 877-8339.

Para presentar una queja por discriminación del programa, el demandante debe completar un Formulario AD-3027, USDA Program Discrimination Complaint Form (Formulario de queja por discriminación del programa del USDA) que se puede obtener en línea en: https://www.usda.gov/sites/default/files/documents/USDA-OASCR%20P-Complaint-Form-0508-0002-508-11-28-17Fax2Mail.pdf, en cualquier oficina del USDA, llamando al (833) 620-1071, o por medio de una carta enviada por correo postal al USDA. La carta debe contener el nombre del demandante, su dirección, número de teléfono y una descripción por escrito de la presunta acción discriminatoria en suficiente detalle para informar al Secretario Adjunto de Derechos Civiles (ASCR) sobre la naturaleza y fecha de la presunta violación a los derechos civiles. El formulario AD-3027 completado o la carta se deben enviar a:

1. **correo:**
   Food and Nutrition Service, USDA
   1320 Braddock Place, Room 334
   Alexandria, VA 22314; o
2. **fax:**
   (833) 256-1665 o (202) 690-7442; o
3. **correo electrónico:**
   FNSCIVILRIGHTSCOMPLAINTS@usda.gov

Esta institución proporciona igualdad de oportunidades.

Su derecho a una audiencia imparcial

¿Qué es una audiencia imparcial?

Cada vez que usted no esté de acuerdo con una decisión tomada con respecto a su caso del _____, tiene derecho a solicitar una audiencia imparcial con un funcionario que debe, por ley, revisar los hechos de cada caso de manera imparcial y objetiva.

¿Cuándo puede solicitar una audiencia imparcial?

Puede solicitar una audiencia imparcial si:

- Solicitó beneficios y se los denegaron.
- No está de acuerdo con una decisión con respecto a su caso.
- Cree que sus beneficios no se calcularon correctamente.

¿Cuál es el tiempo límite para solicitar una audiencia imparcial?

En el caso de las decisiones relacionadas con el SNAP:

- Si cerramos su caso o rechazamos su solicitud de beneficios, debe apelar dentro de los 90 días posteriores a la fecha del aviso.
- Si modificamos el monto de sus beneficios, puede apelar en cualquier momento dentro de su periodo de certificación.

En el caso de las decisiones relacionadas con el FITAP/KCSP, debe solicitar una audiencia dentro de los 30 días de la fecha en que se envió por correo este aviso.

¿Puede obtener ayuda legal gratuita?

Sí. Para obtener asesoramiento legal gratuito, llame al _____

¿Cómo puede solicitar una audiencia imparcial?

Para solicitar una audiencia imparcial:

- Llame al 1-888-LAHELPU (1-888-524-3578) y solicite una audiencia imparcial, o
- Complete y firme la sección a continuación y envíela por correo a la siguiente dirección: P O Box 260031, Baton Rouge, LA 70826-0031, o
- Visite una oficina local del DCFS y hable con un supervisor.

Explique el motivo por el cual solicita una audiencia imparcial:

Al firmar este documento y al enviarlo, solicito una audiencia imparcial.

Firma	Fecha	Número de teléfono