

Departamento de Servicios para Niños y Familias de Louisiana

PROGRAMA DE ASISTENCIA NUTRICIONAL SUPLEMENTARIA EN CASO DE DESASTRE NOTIFICACIÓN DE LA DECISIÓN

Fecha: _____
Jefe de familia: _____
Jefe de familia CID: _____

A continuación se verifica la acción sobre su caso del Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria en Caso de Desastre (DSNAP).

1. Su solicitud de los beneficios del DSNAP ha sido aprobada. Está certificado por el monto indicado a continuación:

| | Tamaño de la familia | Asignación máxima |
|--------------------------|-----------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | 1 | \$292 |
| <input type="checkbox"/> | 2 | \$536 |
| <input type="checkbox"/> | 3 | \$768 |
| <input type="checkbox"/> | 4 | \$975 |
| <input type="checkbox"/> | 5 | \$1,158 |
| <input type="checkbox"/> | 6 | \$1,390 |
| <input type="checkbox"/> | 7 | \$1,536 |
| <input type="checkbox"/> | 8 | \$1,756 |
| <input type="checkbox"/> | Otro _____ | \$ _____ |

2. Su solicitud de los beneficios del DSNAP ha sido negada debido a que:

- La combinación de los ingresos netos de su familia y los recursos líquidos accesibles excede los límites de ingresos brutos del Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria en Caso de Desastre.
- Ya está recibiendo los beneficios regulares del Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria
- No vivía en un distrito elegible de desastre al momento del desastre.
- Usted ya no vive en Louisiana.
- Otro: _____

Usted puede solicitar los beneficios del Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (SNAP) en línea en www.dcf.Louisiana.gov.

Si no está de acuerdo con la decisión tomada sobre su solicitud de DSNAP, puede solicitar que un supervisor revise su caso.

Información sobre la Audiencia justa

Si usted piensa que la acción es injusta o no entiende esta decisión, usted o su representante autorizado pueden conversarlo con un supervisor.

Si desea solicitar una audiencia imparcial ante Disaster SNAP (Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria en Situaciones de Desastres), complete la sección siguiente, fírmela y envíela por correo a la dirección que se indica a continuación o llame al 1-888-LAHELPU (1-888-524-3578) para hablar con alguien del DCFS. Puede solicitar una audiencia imparcial ante Disaster SNAP dentro de un plazo de 90 días a partir de la fecha de esta notificación.

Puede representarse a usted mismo en la audiencia o autorizar a otra persona, como un asesor legal, un pariente, un amigo u otro vocero que lo represente.

Se ofrece asistencia jurídica gratuita para residentes de Luisiana que posean bajos ingresos. En la audiencia, el consejero auditor establecerá el tema principal. Se dictará una decisión final después de estudiar cuidadosamente la evidencia presentada.

Complete y firme solo si desea solicitar una audiencia justa

Complete esta sección y firme abajo solo si desea apelar la decisión tomada en su caso. Use el espacio que aparece abajo para decir por qué desea una audiencia.

Si la decisión final se da a su favor, se emitirán beneficios retroactivos, de ser pertinente

Firma

Fecha

N.º de teléfono

Devolver a:

DCFS
Document Processing Center
PO Box 263001
Baton Rouge, LA 70826-9918