

Aviso de Finalización de Informe Simplificado

No. de Id.: _____

Fecha: _____

Carga de casos No.: _____

Fecha de caducidad del aviso: _____

Estimado/a _____ :

No se ha recibido su formulario de Informe Simplificado. Debe proporcionar el formulario completo y firmado y todas las verificaciones requeridas a la oficina del DCFS del condado antes del _____.

No proporcionar un formulario de informe completo y todas las verificaciones requeridas para la Fecha de vencimiento del aviso arriba indicada ocasionará el cierre de su caso de SNAP y sus casos de FITAP y KCSP a partir del _____.

Si usted proporciona un formulario de Informe Simplificado completo y todas las verificaciones necesarias después de la Fecha de vencimiento del aviso que se indica a continuación, ocasionará el cierre de su caso del Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (SNAP) y sus casos FITAP y KCSP a partir del _____.

Si proporciona un formulario de Informe Simplificado y toda la verificación necesaria antes de la Fecha de vencimiento del aviso indicada a continuación sino antes del _____ y se determina que usted es elegible, reabriremos su caso de SNAP y sus casos asociados FITAP o KCSP que se cerraron por no haber presentado un formulario de Informe Simplificado completo. Los beneficios serán prorrateados retroactivamente a la fecha en que se recibieron el formulario de Informe Simplificado completo y todas las verificaciones necesarias. Su caso será procesado dentro de los 30 días siguientes a la fecha en que se recibieron el formulario completo y la verificación.

Tendrá que volver a presentar la solicitud si no proporciona el formulario completo y todas las verificaciones necesarias antes de _____.

Si tiene cualquier pregunta sobre cómo completar el formulario de informe o la verificación que debe proporcionar, llame a su trabajador a la oficina del condado.

Para obtener más información sobre programas y servicios o para obtener información concreta, llame al 1-888-LAHELPU (1-888-524-3578).

Esta institución tiene prohibida la discriminación por motivos de raza, color, nacionalidad, discapacidad, edad, sexo y, en algunos casos, creencia política o religiosa.

El Departamento de Agricultura de los Estados Unidos también prohíbe la discriminación contra sus clientes, empleados y personas que soliciten empleo, por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad, sexo, identidad de género, religión, represalia y, donde corresponda, creencias políticas, estado civil, estado familiar o de padres, orientación sexual o todo o parte de los ingresos de una persona que se derive de algún programa de asistencia pública, o información genética protegida en el empleo o en cualquier programa o actividad realizada o fundada por el Departamento. (No todos los motivos de discriminación prohibidos se aplicarán a todos los programas y/o actividades del empleo).

Si desea presentar una queja por discriminación del programa de Derechos civiles ante el USDA, complete el [formulario de queja por discriminación del Programa del USDA](http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html), que se encuentra en línea en http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html, o en cualquier oficina del USDA, o llame al (866) 632-9992 para solicitar el formulario. También puede escribir una carta que contenga toda la información que se solicita en el formulario. Envíe su formulario o carta de queja completos por correo a U.S.

Department of Agriculture, Director, Office of Adjudication, 1400 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20250-9410, por fax al (202) 690-7442 o envíelo por correo electrónico a program.intake@usda.gov.

Las personas sordas, con dificultades para escuchar o que tengan discapacidades del habla, se pueden comunicar con el USDA por medio del Servicio de retransmisión federal llamando al

(800) 877-8339, o al (800) 845-6136 (español).

Para obtener cualquier otra información sobre asuntos del Programa de Asistencia para la Nutrición Complementaria (Supplemental Nutrition Assistance Program, SNAP), las personas pueden comunicarse al número de línea directa de USDA SNAP llamando al (800) 221-5689, que también es en español, o llamar a los [números de la línea directa/Información del estado](#) (haga clic en el vínculo para obtener un listado de los números por estado); los encuentra en línea en http://www.fns.usda.gov/snap/contact_info/hotlines.htm.

Para presentar una queja por discriminación sobre un programa que reciba asistencia financiera federal a través del Departamento de Salud y Servicios Humanos (HHS) de los Estados Unidos, escriba a: HHS Director, Office for Civil Rights, Room 515-F, 200 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20201 o llame al (202) 619-0403 (voz) o al (800) 537-7697 (TTY).

El USDA y los HHS son empleadores y proveedores con igualdad de oportunidades.

Información sobre la Audiencia Justa

Si considera que la acción es injusta o no comprende esta decisión, usted o su representante autorizado pueden comentarlo con un supervisor de esta oficina. También puede solicitar una audiencia justa. Si no ha solicitado una audiencia justa antes de las 4:30 p. m. de la fecha de vencimiento que se muestra anteriormente, se realizará el cambio.

Si desea solicitar una audiencia justa por un cambio en SNAP o efectivo, complete la sección que aparece abajo, fírmela y envíela por correo o comuníquese conmigo en la oficina local. Puede solicitar una audiencia justa sobre un cambio en SNAP en un plazo de 90 días contados a partir de la fecha de este aviso. Puede solicitar una audiencia justa sobre un cambio en efectivo en un plazo de 30 días contados a partir de la fecha de este aviso.

Si actualmente está recibiendo beneficios y solicita una audiencia justa antes de la fecha de caducidad, seguirá recibiendo beneficios al nivel actual hasta el final de su período actual de certificación, o hasta que se resuelva la apelación, lo que ocurra primero, a menos que indique que no desea recibirlos marcando uno de los cuadros que aparecen a continuación. Puede representarse a usted mismo en la audiencia o autorizar a otra persona, como un abogado, pariente, amigo u otro portavoz, para que lo represente.

Para obtener asesoría legal gratuita, llame al _____. En la audiencia, el Funcionario de Audiencia establecerá el asunto principal. Si el asunto solo implica un desacuerdo con las leyes estatales o federales, o la política de la agencia, la acción propuesta se emprenderá de inmediato. Se emitirá una decisión final después de hacer un estudio cuidadoso de la evidencia presentada.

(sigue atrás)

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.

- Estoy solicitando una audiencia justa por el beneficio marcado abajo en un plazo de 13 días de la fecha de envío por correo de este aviso y deseo seguir recibiendo la cantidad de beneficios que recibo ahora hasta la audiencia justa.

LA ASISTENCIA NO ELEGIBLE ESTARÁ SUJETA A DEVOLUCIÓN.

Pago en efectivo

Beneficios de SNAP

- Estoy solicitando una audiencia justa por el beneficio marcado abajo en un plazo de 13 días de la fecha de envío por correo de este aviso y no deseo seguir recibiendo la cantidad de beneficios que recibo ahora hasta la audiencia justa.

Pago en efectivo

Beneficios de SNAP

- Estoy solicitando una audiencia justa por el beneficio marcado abajo. Dado que no es en un plazo de 13 días de la fecha de envío por correo de este aviso, no puedo seguir recibiendo la cantidad de beneficios que recibo ahora hasta la audiencia justa.

Pago en efectivo

Beneficios de SNAP

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

Firma

Fecha

Número de teléfono

Devolver a:

DCFS del condado
