Reset

Departamento de Servicios Sociales de Carolina del Sur

SOLICITUD PARA AUDIENCIA CORRECTA E IMPARCIAL

Se puede adjuntar una carta firmada por el solicitante de la audiencia correcta e imparcial en lugar de esta forma firmada.

Para uso del trabajador del condado o el cliente:

Nombre del Cliente: _____

Dirección del Cliente: _____

Teléfono del Cliente: _____

Representante del Cliente y Dirección: (si hay)

_____

Fecha en la que se Envió el Aviso: _____

Fecha de Vigencia: _____

Número del Caso: _____

Condado: Select County ...

Nombre del Trabajador del Condado:

_____

Programa:

☐ FI ☐ FSP ☐ Autorización

☐ Adopciones ☐ Cuidado Acogido

☐ Servicios de Protección al Menor

☐ Programa de Alimentos Para Cuidado de Niños y Adultos

¿Cuando fue notificado el cliente de la acción a la quiere apelar? _____

Si necesita algunos de los siguientes servicios, por favor solicítelos. Se proporcionan sin coste alguno.

☐ **Intérprete** ☐ **Documentos Traducidos** ☐ **Servicios Especiales**

¿En qué idioma? _____

¿Qué servicios? _____

Yo solicito una audiencia correcta e imparcial del Departamento de Servicios Sociales de Carolina del Sur porque:

☐ No se ha emprendido acción alguna con respecto a mi solicitud en un tiempo razonable.

☐ Mi solicitud ha sido rechazada.

☐ Mi cheque/servicio ha sido parado.

☐ Mi cheque/servicio ha sido reducido o cambiado.

☐ He sido acusado de una emisión o pago excesivos.

☐ Mi cuenta de EBT ha sido modificada incorrectamente debido a un error del sistema.

☐ Otro (Explique. Adjunte una hoja si necesita espacio adicional.) _____

La ley federal requiere que se informe de una audiencia de Estampillas Alimenticias con un previo aviso de 10 días. Para otras audiencias, el previo aviso es de 30 días. Puede solicitar que su audiencia se planifique mas pronto. Por favor indique a antelación con la que necesitará el aviso.

☐ **10 días** ☐ **30 días** ☐ **Otros:** _____

Si soy elegible para recibir beneficios continuado o acceso continuado a una cantidad discutible de EBT:

☐ Deseo recibir beneficios o acceso continuado a una cantidad discutible de EBT pendiente de una decisión de la audiencia; sin embargo, entiendo que debo devolver los beneficios continuados o la cantidad discutible si la decisión no está en mi favor.

☐ No deseo recibir los beneficios continuados o la cantidad discutible.

Usted puede elegir tener una audiencia por teléfono o una audiencia cara a cara. Si no elige una, una audiencia por teléfono será planificada.

☐ Una Audiencia por Teléfono Teléfono: ( ) _____

☐ Una Audiencia Cara a Cara

Las siguientes personas testificarán en mi caso, y yo los notificaré la hora, fecha y lugar de la audiencia:

_____

La agencia puede emitir una citación para que usted solicite la asistencia de un(os) testigo(s) particular(es). Sin embargo, al solicitar una citación, usted acepta automáticamente la responsabilidad de todos los gastos asociados con dicha citación, i.e. la mayoría de los profesionales cobran por hora y número de millas. El Departamento de Servicios Sociales no acepta ninguna responsabilidad por gastos de testigos en su caso.

Yo acepto los gastos y solicito que se emita una citación para las siguientes personas. Yo entiendo que debo dar a la oficina de audiencia el nombre y dirección completa de cada testigo.

_____

Firma: _____ Fecha: _____

Si tiene alguna pregunta, llame a la Oficina de Audiencias Administrativas:
1-800-311-7220 o TTY 1-800-311-7219.

Cuando esté cumplimentado, por favor entregue el formulario a su trabajador o envíelo por correo a:
Office of Individual and Provider Rights (Oficina de Derechos del Individuo y El Proveedor)
P.O. Box 1520, Columbia, S.C. 29202-1520.