

Departamento de Servicios Sociales de Carolina del Sur
SOLICITUD DE AUDIENCIA IMPARCIAL

Se puede adjuntar una carta firmada del cliente que solicite una audiencia imparcial en lugar de entregar este formulario firmado.

Debe ser completado por el trabajador(a) o el/la cliente:

Nombre del Cliente: _____ Número de Caso: _____

Dirección del Cliente: _____ Condado: _____

Nombre del Trabajador(a): _____

Número de Teléfono del Cliente: _____ Programa:

Nombre y dirección del Representante del Cliente: (En caso de ser pertinente) _____
_____ FI JUMMP

_____ Adopciones SNAP

_____ Servicios de Protección al Menor E&T

_____ ABC Expedición de Licencias

_____ Programa de Alimentos para el Cuidado de Niños y adultos

_____ Cuidado de Crianza

_____ Otro: _____

La Notificación se Envío el Día: _____ ¿Cuándo se le notificó al cliente de la acción que él/ella

Fecha de Entrada en Vigencia: _____ desea apelar? _____

En caso de necesitar cualquiera de los siguientes servicios, favor de solicitarlos. Se proveerán gratuitamente.

Intérprete Traducción de Documentos Adaptaciones Especiales

¿Cuál idioma? _____

¿Cuáles adaptaciones especiales? _____

Solicito una audiencia imparcial al Departamento de Servicios Sociales (DSS) de Carolina del Sur porque:

No se ha tomado una decisión puntual sobre mi solicitud.

Mi solicitud fue denegada.

Se ha suspendido mi cheque de beneficios/el servicio que se me prestaba.

Se ha reducido o cambiado el monto de mi cheque de beneficios/el servicio que se me prestaba.

Se me está cobrando una emisión excesiva o un pago excesivo de beneficios.

Mi cuenta EBT ha sido ajustada incorrectamente debido a un error del sistema.

Otro: (Explicar. En caso de requerir más espacio, adjuntar otra hoja de papel.) _____

De conformidad con la ley federal y la política del Departamento de Agricultura de los Estados Unidos (USDA por sus siglas en inglés) y del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos (HHS), se le prohíbe a esta institución que discrimine por razón de raza, color, origen nacional, sexo, edad o discapacidad. Conforme a la Ley de Cupones para Alimentos y la política del USDA, también se prohíbe la discriminación por motivos de creencias religiosas o políticas.

Para presentar una queja por discriminación, contacte con el USDA o el HHS. Escribir al USDA, Director, Office of Adjudication, 1400 Independence Avenue, SW, Washington, D.C. 20250-9410 o llamar sin costo al (866) 632-9992 (voz). Las personas con problemas auditivos o discapacidades del habla pueden contactar al USDA por medio del Federal Relay System (Sistema Federal de Transmisión) al (800) 877-8339 o (800) 845-6136 (español). Escribir al HHS, Director, Office of Civil Rights, Room 506-F, 200 Independence Avenue, S.W. Washington, D.C. 20201, o llamar al (202) 619-0403 (voz) o (202) 619-3257 (TTY). El USDA y el HHS son proveedores y empleadores que ofrecen igualdad de oportunidades.

También se puede presentar una denuncia por discriminación al contactarse con el DSS. Escribir a: DSS Office of Civil Rights, P.O. Box 1520, Columbia, SC 29202-1520 o llamar al 1-800-311-7220, o al (803) 898-8080; TTY: 1-800-311-7219 en la región de Columbia.

Para las audiencias relacionadas con los cupones de alimentos, la ley federal exige un preaviso de 10 días; para las demás audiencias, el plazo de preaviso es normalmente de 30 días. Se puede solicitar que su audiencia se programe antes. Por favor indique el plazo de preaviso que usted necesita:

- 10 días 30 días Tan Pronto Como Sea Posible Otro: _____

Si cumplo con los requisitos para seguir recibiendo beneficios o para tener acceso al monto en disputa de mi cuenta EBT:

- En caso de cumplir con los requisitos, deseo recibir beneficios en espera de la decisión proveniente de la audiencia; no obstante, entiendo que si la decisión no me favorece, deberé reembolsar los beneficios que he recibido mientras tanto, o el monto en disputa.
- No deseo seguir recibiendo beneficios o tener acceso al monto en disputa de mi cuenta EBT.

Se puede elegir entre una audiencia telefónica o una audiencia presencial. De no expresar una preferencia, la audiencia se llevará a cabo por teléfono.

- Audiencia Telefónica Número de Teléfono: () _____
- Audiencia Presencial

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

La agencia puede emitir citaciones que le permitan obligar a comparecer a un testigo(s) específico(s). No obstante, al solicitar una citación, usted automáticamente acepta la responsabilidad por todos los cargos relacionados con la citación, es decir, la mayoría de los profesionales cobran por hora y por millas recorridas. El DSS no acepta ninguna responsabilidad por los honorarios de los testigos en su caso.

Yo acepto los cargos relacionados con la citación y solicito que se emitan citaciones a las siguientes personas. Entiendo que debo darle a la oficina de audiencias el nombre completo y la dirección completa de cada testigo.

Firma: _____ Fecha: _____

**En caso de tener preguntas, llame a la Oficina de Audiencias Administrativas
(Office of Administrative Hearings):
1-800-311-7220 o TTY 1-800-311-7219
En la región de Columbia: (803) 898-8080**

**Cuando haya completado el formulario, devuélvalo al trabajador de su caso a envíelo por correo a:
Office of Individual and Provider Rights, P.O. Box 1520, Columbia, SC 29202-1520
o envíelo por fax a: (803) 898-7269**