

Entiendo que puedo continuar recibiendo mi nivel actual de ayuda mientras la decisión de mi apelación está en trámite, si mi apelación se presenta dentro de un periodo de diez (10) días de mi aviso de la acción adversa. También entiendo que la ayuda debe de ser compensada de la ayuda futura o reembolsada al Departamento de Salud y Servicios Humanos directamente, si la decisión de mi apelación no está a mi favor.

I understand that I may continue to receive my current level of assistance pending my appeal decision, if my appeal is filed within ten (10) day of my notice of adverse action. I also understand that the benefits must be repaid from future assistance or reimbursed to the Department of Health and Human Services directly, if the appeal decision is not in my favor.

Si usted no desea continuar con su ayuda pendiente de la decisión de su apelación, por favor marque el cuadro. Al marcar este cuadro, entiendo que mi ayuda será suspendida o reducida hasta que la decisión de la apelación se haya hecho.
Nota: Si el cuadro no está marcado, el nivel actual de ayuda continuará.

If you do not wish to continue your assistance pending the appeal decision, please indicate in the box. Having checked this box, I understand that my assistance will be discontinued or reduced until an appeal decision is made.
Note: If the box is not checked, current level of benefits will continue.

Por consiguiente, le pido al Director de Salud y Servicios Humanos una revisión de este asunto, y una audiencia si es necesario, de acuerdo con la ley.

Therefore, I appeal to the Director of Health and Human Services for review of this matter, and a hearing, if necessary, in accordance with the law.

(Firma del Solicitante)
(Signature of Applicant)

(Fecha)
(Date)

(Domicilio o Apartado Postal)
(Street Address or P.O. Box Number)

(Ciudad, Estado, Código Postal)
(City, State Zip)

(Número Telefónico)
(Telephone Number)

INSTRUCCIONES PARA COMPLETAR LA PETICIÓN PARA UNA AUDIENCIA JUSTA

MEMBRETE

Oficina Local—Anote el nombre de la oficina local de la residencia del solicitante (receptor) y el número del caso en los lugares apropiados. Anote la fecha en que se reciben el aviso y la petición en la oficina local.

CONTENIDO PRINCIPAL DEL FORMULARIO

1. Acción o inacción— Anote una de las siguientes frases: “Aprobación de la Solicitud”, “Rechazo de la Solicitud”, “Aumento de Pago”, “Reducción de Pago”, “Descontinuación de Pago”, “Falta de actuar dentro de un plazo razonable”.
2. Nombre y Dirección— Anote el nombre y dirección del solicitante (receptor).
3. Tipo de Ayuda— Anote el tipo de ayuda: Ayuda para los envejecidos, ciegos o discapacitados (AABD), Ayuda para niños dependientes (ADC), Servicios para niños y familias (CFS), Ayuda Médica (MA), Programa de Cupones Para Alimentos (FSP), Distribución de Productos (CD), Niños con Discapacidades Médicas (MHC), Ayuda de Emergencia (EA), Programa de Ayuda para Energía Eléctrica para Hogares de Bajos Ingresos (LIEAP), Programa de Reubicación de Refugiados (RRP).
4. Nombre— Dé el nombre de la persona que está apelando la acción, (el quien pueda ser el solicitante, receptor, guardián, tutor, representativo del solicitante, o contribuyente.)
5. Fecha— Anote la fecha (el primero del mes por la cual se hace vigente la acción) en que entra en vigor la decisión de la oficina local u otro agente al quien el peticionario esté apelando. Si “la falta de actuar dentro de un plazo razonable” es la razón por la apelación, marque (✓) la caja apropiada.
6. La Razón por la Apelación— Escriba la razón específica por la apelación de la decisión tomada por la oficina local u otro agente.

FIRMAS Y FECHAS

La persona que está haciendo la apelación tiene que firmar el formulario, anotando la fecha y su dirección.

PROCEDIMIENTOS PARA UNA AUDIENCIA JUSTA

1. Este formulario se tiene que hacer en triplicado. La petición para una audiencia justa también se puede hacer en forma de una carta simple o una petición por escrito a los servicios legales (Legal Services), Hearing Section, P. O. Box 98914, Lincoln, Nebraska 68509-8914. Esta petición se tiene que hacer por escrito.
2. Si la petición se hace en este formulario (DA-6), una copia se envía al Departamento de Salud y Servicios Humanos, Legal Services—Hearing Section, una copia a la oficina local apropiada, y la tercera copia se retiene por la persona que está haciendo la apelación.
3. Se le avisa a la persona que hace la petición de la fecha y el lugar de la audiencia por el Director o su representante.
4. La audiencia se realiza por el Director o su representante. Tanto la persona que pide la apelación, como el Estado puede pedir que comparezcan testigos.
5. Un informe integral de esta audiencia se hace para el Director del Departamento de Salud y Servicios Humanos por el agente de la audiencia.
6. Se transmite la decisión tomada por el Director de Salud y Servicios Humanos por escrito a la persona que pidió la apelación y a la oficina local apropiada.