|  |  |
| --- | --- |
|  | ESTADO DE CONNECTICUT  DEPARTAMENTO DE SERVICIOS SOCIALES  **Su Derecho a Una Audiencia** |

Usted tiene el derecho a pedir por una audiencia si usted no está de acuerdo con cualquiera de nuestras decisiones. Una audiencia es una reunión con usted, un manejador de caso y un Oficial de Audiencia. El Oficial de Audiencia escuchará a los hechos y decidir si nuestra decisión fue correcta o incorrecta.

A una audiencia, usted puede explicar porque usted no está de acuerdo con nuestra decisión. Usted puede hablar por usted mismo o tener a alguien más, tal como un amigo o un relativo, que hable por usted. Usted puede también tener un abogado que hable por usted. Usted puede llamar a Servicios Legales/Legal Services al 1-800-453-3320 a pedir sobre ayuda legal gratis.

**La mejor manera para pedir por una audiencia** es a usar el **Formulario de Solicitud de Audiencia (W-534S, adjunto)**.

Si usted está pidiendo por una audiencia del programa de Cupones para Alimentos, usted puede también llamar al 1-800-462-0134.

* Usted tiene **60 días** desde la fecha de este aviso para pedir por una audiencia para todos los programas exceptoCupones para Alimentos.
* El Programa de Cupones para Alimentos tiene un tiempo límite de **90 días** para pedir por una audiencia.

**Para HUSKY A o MEDICAID**

* Si usted está en el Medicaid “Spenddown” sus beneficios pueden ser descontinuados.
* Sus beneficios no cambiarán si usted pide por una audiencia antes de la fecha efectiva de este cambio.
* Si el Oficial de Audiencia decide que nuestro cambio fue correcto usted tendrá que pagarnos para atrás.
* Si el Oficial de Audiencia decide que nosotros no estabamos incorrectos, nosotros pagaremos por cualquier cuidado de salud cubierto.

**Otros Programas**

* Sus beneficios no cambiarán si usted pide por una audiencia dentro de 10 días de este aviso. Sus beneficios se mantendrán igual hasta que el Oficial de Audiencia decida.
* Si el Oficial de Audiencia decide que nuestro cambio fue correcto, usted tendrá que pagarnos para atrás.
* Si usted nos permite a nosotros a cambiar sus beneficios de dinero en efectivo y el Oficial de Audiencia decide que nuestro cambio fue incorrecto, nosotros pagaremos inmediatamente a usted todos los beneficios que nosotros le debemos.
* Si usted está en el programa de Asistencia Temporera para la Familia, puede ser que halla un tiempo límite. Usted puede pedir una audiencia al final del tiempo límite, pero sus beneficios se terminarán al final del tiempo límite aun sí la audiencia no ha sido llevado a cabo o decidida.

**Guarde esta página para sus registros – no la devuelva al DSS**

|  |  |
| --- | --- |
| **DECLARACIÓN DE NO DISCRIMINACIÓN:**  Se prohíbe a esta institución discriminar sobre la base de raza, color, nacionalidad, discapacidad, edad, sexo y, en algunos casos, creencias religiosas o políticas.  El Departamento de Agricultura de los EE. UU. también prohíbe la discriminación por motivos de raza, color, nacionalidad, sexo, credo religioso, discapacidad, edad, creencias políticas, o en represalia o venganza por actividades previas de derechos civiles en algún programa o actividad realizados o financiados por el USDA.  Las personas con discapacidades que necesiten medios alternativos para la comunicación de la información del programa (por ejemplo, sistema Braille, letras grandes, cintas de audio, lenguaje de señas americano, etc.), deben ponerse en contacto con la agencia (estatal o local) en la que solicitaron los beneficios. Las personas sordas, con dificultades de audición o discapacidades del habla pueden comunicarse con el USDA por medio del Federal Relay Service [Servicio Federal de Retransmisión] al (800) 877-8339. Además, la información del programa se puede proporcionar en otros idiomas.  Para presentar una denuncia de discriminación, complete el [Formulario de Denuncia de Discriminación del Programa del USDA](http://www.ocio.usda.gov/sites/default/files/docs/2012/Complain_combined_6_8_12.pdf), (AD-3027) que está disponible en línea en: <http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html> y en cualquier oficina del USDA, o bien escriba una carta dirigida al USDA e incluya en la carta toda la información solicitada en el formulario. Para solicitar una copia del formulario de denuncia, llame al (866) 632-9992. Haga llegar su formulario lleno o carta al USDA por:  (1) correo: U.S. Department of Agriculture  Office of the Assistant Secretary for Civil Rights  1400 Independence Avenue, SW  Washington, D.C. 20250-9410;  (2) fax: (202) 690-7442; o  (3)  correo electrónico :  program.intake@usda.gov  Para obtener información adicional relacionada con problemas con el Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (SNAP, por sus siglas en inglés), las personas deben comunicarse con el número de línea directa USDA SNAP Hotline al (800) 221-5689, que también está disponible en español, o llame a los números de [información/líneas directas de los estados](http://www.fns.usda.gov/snap/state-informationhotline-numbers) (haga clic en el vínculo para ver una lista de los números de las líneas directas de cada estado) que se encuentran en línea en: <http://www.fns.usda.gov/snap/contact_info/hotlines.htm>  Para presentar una denuncia de discriminación relacionada con un programa que recibe asistencia financiera federal a través del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU. (HHS, por sus siglas en inglés), escriba a: HHS Director, Office for Civil Rights, Room 515-F, 200 Independence Ave, S.W., Washington, D.C. 20201, o llame al (202) 619-0403 (voz) o al (800) 537-7697 (sistema TTY).  Esta institución es un proveedor que ofrece igualdad de oportunidades. | **También puede presentar quejas de discriminación o peticiones de acomodos razonables de esta manera:**  Usted tiene el derecho de presentar una queja si cree que nosotros hubiésemos tomado acción contra usted debido a su raza, color, religión, sexo, identidad o expresión de género, estado civil, edad, origen nacional, ascendencia, creencias políticas, orientación sexual, discapacidad intelectual, discapacidad mental, discapacidad de aprendizaje, o discapacidad física, incluyendo, pero no limitándose a, la ceguera.  Un individuo con una discapacidad puede solicitar y recibir un acomodo razonable o ayuda especial del Departamento de Servicios Sociales cuando sea necesario para permitir que el individuo tenga una oportunidad igual y significativa para participar en programas administrados por el Departamento.  Si usted pidió un acomodo o ayuda especial y nosotros nos negamos a proporcionárselo, puede presentar una queja al Director de la División de Acción Afirmativa del Departamento o a cualquiera de las agencias indicadas abajo:  **Commissioner of Social Services**  **Attn: ADA Coordinator**  55 Farmington Ave, Hartford, CT 06105  Tel: 1-860-424-5040 N° gratis: 1-800-842-1508  TDD: 1-800-842-4524 Fax: 1-860-424-4948  *(La Comisión sobre Derechos Humanos y Oportunidades)*  **CT Commission on Human Rights & Opportunities**  25 Sigourney Street, Hartford, CT 06106  Tel: 1-860-541-3400 N° gratis : 1-800-477-5737  TDD: 1-860-541-3459 Fax: 1-860-246-5265  Web: http://www.ct.gov/chro/site/default.asp  *(El Depto. de Salud y Derechos Humanos, Oficina para Derechos Civiles)*  **U.S. Dept. of Health and Human Services**  **Office for Civil Rights**  JFK Federal Building, Room 1875, Boston, MA 02203  Tel: 1-617-565-1340 N° gratis : 1-800-368-1019  TDD: 1-800-537-7697 Fax: 1-617-565-3809  Web: http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html |

**Guarde esta página para sus registros – no la devuelva al DSS**

Use este formulario solamente si usted desea una audiencia. **Recuerde, antes de pedir una audiencia o en cualquier momento después, usted puede llamar al Centro de Beneficios, 1-855-626-6632,** entre las horas de 7:30 y 4:00, lunes a viernes.

Complete:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Nombre completo (apellido, nombre, incial) | N° de ID de client | Mejor N° de teléfono |

|  |  |
| --- | --- |
| W-534S(Rev. 5/16) | ESTADO DE CONNECTICUT  DEPARTAMENTO DE SERVICIOS SOCIALES  **Formulario de Solicitud de Audiencia** |

Yo no estoy de acuerdo con la decisión tomada en mi caso. Estoy pidiendo una audiencia porque:

Si usted estába recibiendo beneficios antes de recibir el aviso de DSS y usted pide por una audiencia dentro de **10 dias** del aviso (o, por Medicaid, cualquier tiempo antes de la fecha efectiva del cambio),

sus beneficios se mantendrán igual hasta que el Oficial de Audiencia decida su caso. Si el Oficial de Audiencia decide que nuestro cambio fue correcto, usted tendrá que pagar a DSS para atrás.

Marque aqui si **no quiera** que sus beneficios continúen hasta que se tome la decisión de la audiencia.

|  |  |
| --- | --- |
| Firma | Fecha |

Envíe esta solicitud llenada por fax a (860) 424-5729, o por correo a:

Department of Social Services

Office of Legal Counsel, Regulations and Administrative Hearings

55 Farmington Avenue

Hartford, CT 0610