

NOTICE OF ACTION

TO: _____

Program: _____
AU No.: _____
Date Sent: _____

This is to inform you that the Department of Social Services has taken the following action:

- Granted your application for _____ benefits from _____ to _____
(amount) *(date)* *(date)*
- Denied your application.
- Withheld benefits/cancelled payments effective _____
- Reduced benefits from _____ to _____ effective _____
- Discontinued benefits effective _____
- Added your name to the ABI/PCA program waiting list.

We are taking this action because _____

Regulation Reference(s): _____

If you do not agree with this action, you have the right to request a hearing within 60 days of the date on this notice or the postmark date, whichever is later. If you request a hearing before the effective date of the action, we will not make the proposed change(s) until the hearing decision is issued.

If you request a hearing, you have a right to bring witnesses and any documentary evidence to support your claim. You may represent yourself, or you may be represented at the hearing by legal counsel or by another spokesperson. If you qualify, there may be free legal services available from your local Legal Aid Office. You must attend the hearing, unless you have a conservator, in which case the conservator must attend the hearing.

To request a hearing, write to: **Department of Social Services, Office of Legal Counsel, Regulations, and Administrative Hearings, 55 Farmington Avenue, Hartford, CT 06105-3724.** If your condition prohibits you from coming to the office, please let the Administrative Hearings Division know in your request. If you need the services of a translator or interpreter, make this known in your request.

If you do not understand this notice, or if you have any questions concerning this action, please contact me.

Name of Worker

Department of Social Services Office

Telephone No.

Address

AVISO DE ACCION

A: _____

Programa: _____

No. de AU: _____

Fecha de Envio: _____

Esto es para informarle que el Departamento de Servicios Sociales ha tomado la siguiente acción:

- Su aplicación concedida por: _____ beneficios de _____ a _____
(cantidad) *(fecha)* *(fecha)*
- Su aplicación denegada.
- Beneficios retenidos/pagos cancelados efectivo _____
- Beneficios reducidos de _____ a _____ efectivo _____
- Beneficios descontinuados efectivo _____
- Añadido su nombre a la lista de espera del programa ABI/PCA.

Estamos tomando esta acción porque _____

Referencia(s) de Reglamentación: _____

Si usted no está de acuerdo con esta acción, usted tiene el derecho de pedir una audiencia dentro de 60 días de la fecha en este aviso o la fecha sellada, la que sea más tarde. Si usted pide una audiencia antes de la fecha en que esta acción es efectiva, nosotros no haremos el/los cambio(s) propuesto(s) hasta que la decisión de la audiencia se emite.

Si usted pide una audiencia, usted tiene el derecho de traer testigos y cualquier evidencia documental para respaldar su reclamación. Usted puede representarse usted mismo, o usted puede ser representado en la audiencia por un asesor legal o por otro portavoz. Si usted califica, quizás hay servicios legales gratis disponibles de su Oficina local de Ayuda Legal. Usted debe asistir a la audiencia, a menos que usted tenga un defensor, en cuyo caso el defensor debe asistir a la audiencia.

Para pedir una audiencia, escriba a: **Department of Social Services, Office of Legal Counsel, Regulations, and Administrative Hearings, 55 Farmington Avenue, Hartford, CT 06105-3724.** Si su condición le prohíbe de venir a la oficina, favor de dejárselo saber en su petición a la "Administrative Hearings Division". Si usted necesita los servicios de un traductor o interprete, haga esto conocido en su petición.

Si usted no entiende este aviso, o si usted tiene algunas preguntas relacionadas a esta acción, favor de comunicarse conmigo.

Nombre del Trabajador

Departamento de Servicios Sociales

No. de Teléfono

Dirección