



DEPARTAMENTO DE SERVICIOS SOCIALES DE MISSOURI
DIVISIÓN DE APOYO A LA FAMILIA
SOLICITUD DE AUDIENCIA ESTATAL

1. CATEGORÍA QUE SE IMPUGNA					
<input type="checkbox"/> 1619	<input type="checkbox"/> LIHEAP	<input type="checkbox"/> MHABD-VEN	<input type="checkbox"/> MOCDD (Sarah Lopez Waiver)	<input type="checkbox"/> SLMB	<input type="checkbox"/> SUPP AB
<input type="checkbox"/> BCCT	<input type="checkbox"/> EMCIA	<input type="checkbox"/> MHCC	<input type="checkbox"/> MPW	<input type="checkbox"/> SNC	<input type="checkbox"/> ASIST. TEMP.
<input type="checkbox"/> BP	<input type="checkbox"/> EWHS	<input type="checkbox"/> MHDC	<input type="checkbox"/> PE para Niños/Mujeres Embarazadas	<input type="checkbox"/> SP	<input type="checkbox"/> TWHA
<input type="checkbox"/> CC	<input type="checkbox"/> FS	<input type="checkbox"/> MHF	<input type="checkbox"/> QDWI	<input type="checkbox"/> SSI	<input type="checkbox"/> UWHS
<input type="checkbox"/> CCP	<input type="checkbox"/> MHABD	<input type="checkbox"/> MHK	<input type="checkbox"/> QMB	<input type="checkbox"/> SSI-SP	<input type="checkbox"/> OTRO
2. DWD (METP) <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		2.a MWA <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		3. INDIVIDUO SANCIONADO (PARA AUDIENCIA DWD/MWA)	
4. SSN DEL INDIVIDUO SANCIONADO (AUDIENCIA DWD/MWA)		5. NOMBRE DEL CASO		6. DCN DEL CASO	
7. CONDADO DE RESIDENCIA DEL CASO		8. OFICINA DE ACCIÓN DE LA FSD		9. EL INTERESADO APELA (ELIJA UNO) <input type="checkbox"/> RECHAZO <input type="checkbox"/> MONTO O EXPEDICIÓN DE LA SUBVENCIÓN <input type="checkbox"/> CIERRE <input type="checkbox"/> DEMORA <input type="checkbox"/> OTRO	
10. FECHA DE LA NOTIFICACIÓN DE LA ACCIÓN POR LA QUE SE SOLICITA LA AUDIENCIA		11. FECHA DE LA AUDIENCIA SOLICITADA		12. NOMBRE Y DCN DE LA PERSONA PARA O SOBRE LA CUAL ES LA AUDIENCIA, EN CASO DE QUE SEA DISTINTA DE LA DEL NOMBRE DEL CASO	
13. MOTIVO DE LA ACCIÓN PROGRAMADA O LA DECISIÓN DE LA AGENCIA					
ESTA SECCIÓN LA LLENA EL INTERESADO					
14. NOMBRE DE LA PERSONA QUE SOLICITA ESTA AUDIENCIA (SE LE LLAMA "INTERESADO")					15. TELÉFONO
16. DIRECCIÓN POSTAL DEL HOGAR (CALLE, RUTA RURAL O APARTADO DE CORREO, CIUDAD, ESTADO, CÓDIGO POSTAL)					
ESTADO DE MISSOURI, por este medio solicito una audiencia conforme las leyes estatales o las normas del departamento.					
17. INTERESADO: DESCRIBA CLARAMENTE EL MOTIVO POR EL QUE SOLICITA UNA AUDIENCIA.					
18. CUPONES PARA ALIMENTOS, ASISTENCIA TEMPORAL Y/O BENEFICIARIOS DE MO HEALTHNET Si aún está acreditado para recibir Cupones para Alimentos (FS), Asistencia Temporal (TA) y/o MO HealthNet, si solicita una audiencia en un plazo de 10 días calendario a partir de la fecha de la Notificación de Acción Adversa, puede o recibiendo los beneficios mientras espera su audiencia. Si la decisión de la audiencia demuestra que era correcto el plan para reducir sus beneficios o cerrar su caso, su hogar será responsable de devolver la cantidad de los beneficios que no tenía derecho de recibir mientras se esperaba la audiencia. Si prefiere que se suspendan los beneficios mientras se espera la audiencia y se determina una decisión a su favor tras la audiencia, los beneficios perdidos se le restituirán. Por favor, marque una de las siguientes casillas:			PARA LLENARSE EN LA AGENCIA		
19. Deseo seguir recibiendo <input type="checkbox"/> FS <input type="checkbox"/> TA <input type="checkbox"/> MO HealthNet mientras espero la audiencia.			26. ES o ESS QUE SERÁ EL TESTIGO DE LA AGENCIA: NOMBRE: _____ TELÉFONO: _____ EXT.: _____		
20. No deseo seguir recibiendo <input type="checkbox"/> FS <input type="checkbox"/> TA <input type="checkbox"/> MO HealthNet mientras espero la audiencia.			CALENDARIO LABORAL DIARIO NORMAL:		
			Lunes a		
			Martes a		
			Miércoles a		
			Jueves a		
			Viernes a		
			PRÓXIMO ASUETO PROGRAMADO:		
			Fecha(s) a		
			Fecha(s) a		
			Fecha(s) a		
			Fecha(s) a		
21. REPRESENTANTE DEL INTERESADO: NOMBRE			22. TELÉFONO DEL REPRESENTANTE		
23. REPRESENTANTE DEL INTERESADO: DIRECCIÓN					
24. FIRMA DEL INTERESADO (O FIRMA DEL REPRESENTANTE DEL INTERESADO)			25. FECHA		
PARA LLENARSE EN LA AGENCIA					
27. FECHA EN QUE LA SOLICITUD DE AUDIENCIA SE ESCANEA Y ENVÍA POR CORREO A LA UNIDAD DE AUDIENCIAS			28. FECHA EN QUE LAS PRUEBAS O LOS DOCUMENTOS COMPLEMENTARIOS SE ENVÍAN POR CORREO A LA UNIDAD DE AUDIENCIAS		
29. FIRMA DEL ESPECIALISTA EN ELEGIBILIDAD			31. El ES o ESS participará de la oficina de la FSD de		
30. FIRMA DEL SUPERVISOR			32. El interesado participará de la oficina de la FSD de		
			33. FECHA EN QUE LA UNIDAD DE AUDIENCIAS RECIBE EL IM-87 _____		