



DEPARTAMENTO DE SERVICIOS SOCIALES DE MISSOURI
DIVISIÓN DE APOYO A LA FAMILIA
SOLICITUD DE SUSPENSION O CIERRE



Nombre de caso:		DCN o Número del Seguro Social:	Fecha:
Domicilio físico:			
Dirección postal:			
Deseo voluntariamente suspender o cerrar mi solicitud o caso para los programas marcados:			
Cupones para Alimentos (SNAP)	MO HealthNet para Familias (MHF)	MO HealthNet para Personas Mayores, Invidentes o Discapacitadas (MHABD)	
Temporary Assistance (TA)	MO HealthNet para Menores (MHK)	Beneficiario Calificado de Medicare (QMB)	
MO HealthNet para Mujeres Embarazadas (MPW)	Programa de Seguro Médico para Niños de MO HealthNet (CHIP)	Beneficiario con Ingreso Bajo Especificado (SLMB)	
Show Me Healthy Babies (SMHB)	Expansión de MO HealthNet para Adultos (AEG)	Pensión para Invidentes (BP)	
Tratamiento de Cáncer de Mama o Cervicouterino (BCCT)	MO HealthNet para Mujeres Sin Seguro (UWHS)	Ayuda Suplementaria para Invidentes (SAB)	
Deseo retirar a _____ de mi caso o solicitud de _____.			
		<small>(Nombre)</small>	<small>(Tipo o Asistencia)</small>
Otras instrucciones específicas del participante.			
<p>Al firmar este formulario ratifico que me han explicado los factores de elegibilidad y comprendo que mis beneficios concluirán o se modificarán como se indicó anteriormente. Renunció al periodo de 10 días en el que puedo solicitar una audiencia y mantener mis beneficios activos hasta que se tome la decisión de la audiencia. Aún puedo solicitar una audiencia sobre esta acción pero si mis beneficios se modifican de inmediato, no se pueden restituir a menos que la decisión de la audiencia me los otorgue o que mis circunstancias se modifiquen. Sin embargo, puedo solicitar una audiencia sobre esta decisión en un plazo de 90 días a partir de la notificación que reciba, que indica que se realizó dicha modificación.</p> <p>Si lo env a electr nicamente: He aceptado enviar este formulario a trav s de medios electr nicos. Comprendo que una firma electr nica tiene la misma valide legal y puede hacerse valer de la misma manera que una firma escrita. <input type="checkbox"/> Acepto</p>			
Firma del Participante:		Fecha	
FSD: He definido los factores de elegibilidad, este formulario y los derechos a una audiencia imparcial al participante mencionado anteriormente.		Fecha	

Las agencias estatales o locales del Programa de Asistencia de Nutrición Suplementaria (SNAP) y del Programa de Distribución de Alimentos en Reservaciones Indígenas (FDPIR), y sus subreceptores deben publicar la siguiente Declaración de No Discriminación:

De acuerdo con la ley federal de derechos civiles y las normas y políticas de derechos civiles del Departamento de Agricultura de los Estados Unidos (USDA), esta entidad está prohibida de discriminar por motivos de raza, color, origen nacional, sexo (incluyendo identidad de género y orientación sexual), credo religioso, discapacidad, edad, creencias políticas, o represalia o retorsión por actividades previas de derechos civiles.

La información sobre el programa puede estar disponible en otros idiomas que no sean el inglés. Personas con discapacidad que requieran medios alternos de comunicación para obtener información sobre el programa (por ejemplo, Braille, letra grande, cinta de audio, lenguaje de señas americano), debe ponerse en contacto con la agencia (estatal o local) donde solicitaron los beneficios. Las personas sordas, con dificultades auditivas o con discapacidades del habla pueden comunicarse con el USDA a través del Servicio Federal de Retransmisión al (800) 877-8339.

Para presentar una queja por discriminación en el programa, el reclamante debe llenar un formulario AD-3027, formulario de queja por discriminación en el programa del USDA que puede obtenerse en línea en: <https://www.usda.gov/sites/default/files/documents/ad-3027s.pdf>, en cualquier oficina del USDA, llamando al (833) 620-1071, o escribiendo una carta dirigida al USDA. La carta debe contener el nombre del demandante, la dirección, el número de teléfono y una descripción escrita de la acción discriminatoria alegada con suficiente detalle para informar al Subsecretario de Derechos Civiles (ASCR) sobre la naturaleza y fecha de una presunta violación de derechos civiles. El formulario AD-3027 completado o la carta debe presentarse por:

- (1) **correo:**
Food and Nutrition Service, USDA
1320 Braddock Place, Room 334
Alexandria, VA 22314; o
- (2) **fax:**
(833)-256-1665, o (202)-690-7442; o
- (3) **correo electrónico:**
FNSCIVILRIGHTSCOMPLAINTS@usda.gov
[ov](#)

Esta institución es un proveedor que brinda igualdad de oportunidades.