

**Sección A: información del participante** (los campos obligatorios aparecen en **negrita**)

<b>Nombre</b>	Inicial del segundo nombre	<b>Apellido</b>	<b>DCN o número de seguro social</b>	
<b>Dirección postal actual</b>			<b>Fecha de nacimiento</b>	
<b>Ciudad</b>	<b>Estado</b>	<b>Código postal</b>	<b>Número de teléfono</b>	
¿Se necesita un intérprete? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Necesita un lector? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Notificaciones por correo electrónico? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
Idioma:		Correo electrónico:		
Nombre del representante autorizado (si lo tiene)			Número de teléfono del representante autorizado	
Dirección postal del representante autorizado		Ciudad	Estado	Código postal

**Sección B: programas:** seleccione los programas para los que solicita audiencia.

- |   |  |
|---|--|
| Beneficios/reclamación del Programa Asistencial de Nutrición Suplementaria (SNAP)                       | Beneficios/reclamación de MO HealthNet para mayores de 65 años, ciegos o discapacitados  |
| Beneficios/reclamación de Asistencia Temporal (TA)  | Beneficios/reclamación de MO HealthNet para familias, niños, CHIP                        |
| SuN Bucks/EBT de Verano de Misuri   | Beneficios/reclamación del Grupo de Expansión para Adultos de MO HealthNet               |
| Beneficios/reclamación del Programa de Asistencia Energética o de Agua para Personas con Bajos Ingresos | Beneficios/reclamación de la Pensión para Ciegos o de la Ayuda Suplementaria para Ciegos |

**Explique por qué no está de acuerdo con la actuación de la Agencia en su caso y por qué solicita una audiencia.** Sea lo más específico posible.

**SNAP, Asistencia Temporal y MO HealthNet**

Si aún está certificado para el SNAP, recibe TA o MO HealthNet y solicita una audiencia dentro de los 10 días calendario de la fecha del aviso de acción adversa, puede optar por seguir recibiendo beneficios mientras su audiencia está pendiente. Si la decisión de la audiencia demuestra que el plan para reducir sus beneficios o cerrar su caso era correcto, usted o su unidad familiar serán responsables de devolver el importe de los beneficios que recibió y que no tenía derecho a recibir mientras su audiencia estaba pendiente.

Si decide dejar de percibir los beneficios mientras la audiencia está pendiente y la decisión de la audiencia es favorable a usted, se le restituirán los beneficios perdidos.

**Seleccione una de las siguientes opciones y los programas a los que se refiere:**

Mientras mi audiencia está pendiente,

**SÍ** quiero seguir recibiendo:            SNAP            TA            MO HealthNet

**NO** quiero seguir recibiendo:            SNAP            TA            MO HealthNet

Certifico, bajo pena de perjurio, que todas las declaraciones hechas en esta declaración de elegibilidad son verdaderas, exactas y completas según mi leal saber y entender. Si firmo esto electrónicamente, entiendo que una firma electrónica tiene el mismo efecto legal y puede hacerse cumplir de la misma manera que una firma escrita.

<b>Firma o firma electrónica del participante o del representante autorizado</b>	<b>Fecha (DD/MM/AAAA)</b>
--	---------------------------

**CÓMO HACER LA PRESENTACIÓN**

**Rellene y firme esta solicitud. Incluya todos los documentos justificativos. Envíelos de una de estas cuatro maneras:**

- |                           |   |  |
|---------------------------|---|--|
| <b>Correo electrónico</b> | <a href="mailto:IMHearing.FSD@dss.mo.gov">IMHearing.FSD@dss.mo.gov</a>  | Guarde esta solicitud de audiencia completada en su computadora y, a continuación, adjúntela (junto con cualquier documento justificativo) |
| <b>Fax</b>                | 573-526-4554  | Envíe esta solicitud de audiencia completada (y cualquier documento justificativo)   |
| <b>Correo postal</b>      | Apartado postal 2700<br>Jefferson City MO 65102                         |  |
| <b>En persona</b>         | <a href="https://dss.mo.gov/dss mapa/">https://dss.mo.gov/dss mapa/</a> | Visite el sitio web para localizar una oficina.  |