

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

Nombre	Inicial del segundo nombre	Apellido	DCN o número de seguro social	
Dirección postal actual			Fecha de nacimiento	
Ciudad	Estado	Código postal	Número de teléfono	
¿Se necesita un intérprete?	Sí No	¿Necesita un lector?	¿Notificaciones por correo electrónico?	Sí No
Idioma:	Sí No	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 (SEBT) de Misur	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 solicita la anulación de su audiencia.

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.

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

CÓMO HACER LA PRESENTACIÓN

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

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