

## AVISO DE DECISIÓN SOBRE SOLICITUD DE EXTENSIÓN

Condado \_\_\_\_\_



Caso ID: \_\_\_\_\_

El \_\_\_\_\_ la Junta de Servicios Sociales del condado de \_\_\_\_\_, o la persona  
(Fecha)  
designada, ha examinado su apelación de extensión al plazo límite de 24 meses para recibir  
beneficios del programa Work First.

Su solicitud de extensión de beneficios ha sido \_\_\_\_\_  
(Aprobada/Denegada)

La razón para tomar esta medida es: \_\_\_\_\_

Los reglamentos del estado que requieren esta medida se encuentran en el manual del programa  
*Work First*.

**APELACIONES** Si usted no está satisfecho con esta decisión, tiene derecho a solicitar una audiencia. En esta audiencia se establecerá si dicha medida fue correcta y se le concederán beneficios si se determina que es incorrecta. Se le puede conceder una audiencia ante un funcionario imparcial de la División Estatal de Servicios Sociales. Debe solicitar su audiencia al Departamento de Servicios Sociales del condado, ya sea oralmente o por escrito. **Usted debe solicitar esta audiencia dentro de los siguientes 15 días** a partir de la fecha de este aviso.

**SU DERECHO A SER REPRESENTADO** Usted puede pedir que alguna persona hable en su representación en sus audiencias, por ejemplo un pariente o un abogado que usted haya contratado a su propio costo. Puede que servicios jurídicos gratuitos estén disponibles en su comunidad. Contacte al asistente social para solicitar información o llame a CARELINE, gratuitamente, al 1-800-662-7030.

**SU DERECHO A VER SU EXPEDIENTE** Si usted lo solicita, su asistente social le mostrará a usted y a la persona que hable en su representación su expediente de elegibilidad antes de sus audiencias. Usted también puede ver cualquier otra información que será usada en las audiencias, si usted lo solicita. Usted puede recibir copias gratuitas de esta información. Usted puede volver a ver esta información durante sus audiencias.

**¿ENTIENDE USTED SUS DERECHOS?** ¿Entiende cómo puede conseguir una audiencia? ¿Entiende usted cómo continuar recibiendo sus beneficios hasta que se tome una decisión en su primera audiencia? Si usted tiene cualquier pregunta o necesita información adicional, por favor póngase en contacto con su asistente social a la mayor brevedad posible.

**¡CUIDADO CON EL FRAUDE! INFORME CAMBIOS DENTRO DE UN PERIODO DE 10 DÍAS** Usted debe informar todos los cambios al Departamento de Servicios Sociales de su condado dentro de un período de 10 días. De acuerdo con los Estatutos Generales de Carolina del Norte, toda persona que obtiene o trata de obtener asistencia para sí misma o para otra persona, y para ello declare intencionalmente algo que no sea verdad, o intencionalmente distorsione algo como no verdadero, o intencionalmente no suministre la información necesaria, puede ser culpable de un delito menor o de un delito grave. **¡Tenga cuidado!** Si no sabe si un cambio es importante, consulte con su asistente social.

**AVISO A BENEFICIARIOS DE WORK FIRST CUYOS BENEFICIOS HAN CESADO** Usted continuará recibiendo servicios de manutención de menores durante los primeros cinco (5) meses posteriores a la cesación de su pago de Work First. Después de este período de (5) meses, usted puede elegir los servicios que desee. Si usted decide suspender los servicios al final del período de cinco (5) meses, pero posteriormente vuelve a solicitar dichos servicios dentro de un plazo de treinta (30 días), no se le cobrará ningún cargo por su solicitud. Comuníquese con el Departamento de Servicios Sociales de su condado para obtener el nombre y número de teléfono de la Agencia de Sustento de Menores en su condado.

\_\_\_\_\_  
Firma

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Teléfono: