

**DEPARTAMENTO DE SALUD Y SERVICIOS HUMANOS
DIVISIÓN DE SERVICIOS SOCIALES
CONFIRMACIÓN DE REDUCCIÓN O TERMINACIÓN VOLUNTARIA DE BENEFICIOS**

Nombre Condado
Dirección Número del caso
Fecha

Estimado

Sus beneficios de Servicios de Alimento y Nutrición se:

reducirán a a partir del
 terminarán a partir del

Este cambio se ha hecho porque:

Los reglamentos en que se basa esta medida se encuentran en la Sección 635 del Manual de Certificación de Servicios de Alimento y Nutrición.

Usted tiene derecho a una audiencia imparcial si no está de acuerdo con esta decisión. Para que le concedan la audiencia imparcial comuníquese con la oficina local de Servicios de Alimento y Nutrición y dígales que desea una audiencia. Puede comunicarse con ellos en persona, por teléfono o por escrito a más tardar 90 días calendario después de la fecha de esta carta. La audiencia puede ser solicitada por cualquier miembro de su grupo familiar o por su representante. En la audiencia usted puede tener un representante personal, que puede ser un abogado que usted contrate. Puede haber servicios legales gratis. Comuníquese con la oficina de servicios legales más cercana.

Para solicitar una audiencia, comuníquese con la oficina de Servicios de Alimento y Nutrición llamando al _____ o llene el formulario que se encuentra a continuación y envíelo.

Atentamente,

Si desea una audiencia imparcial, llene este formulario, sepárelo de esta carta y envíelo por correo a

Nombre de la persona que solicita la audiencia

Dirección

Número de teléfono donde podemos ubicarlo

Firma

Fecha de hoy

Escriba en este espacio las razones por las cuales desea que se le conceda una audiencia

(Sólo para uso oficial) Trabajador asignado al caso

Fecha en que se envió el aviso

Fecha de recepción