

CAROLINA DEL NORTE  
DEPARTAMENTO DE SERVICIOS SOCIALES DEL CONDADO DE \_\_\_\_\_

NOTIFICACIÓN DE INFORME INCOMPLETO DEL *PROGRAMA DE ASISTENCIA FAMILIAR  
WORK FIRST*

Fecha \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(NOMBRE)

\_\_\_\_\_  
(NÚMERO DE CASO)

\_\_\_\_\_  
(DIRECCIÓN)

Estimado(a) \_\_\_\_\_:

Hemos recibido su informe del *Programa de asistencia familiar Work First*, pero no está completo.

Por favor complete los ítems encerrados en un círculo rojo y devuelva el formulario hasta el \_\_\_\_\_, fecha que es posterior en 10 días calendario a la fecha de esta notificación. **Si usted no completa y devuelve este informe dentro del plazo de 10 días su *Programa de asistencia familiar Work First* y su programa Medicaid cesarán.** Las normas en el Manual de *Work First* de Carolina del Norte disponen que su pago por el programa de *Asistencia familiar Work First* cese si usted no devuelve un informe completo de *Asistencia Familiar Work First*. Por esta razón su programa Medicaid también puede verse afectado.

Si usted necesita ayuda para completar el formulario o para comprender este aviso, por favor llame al asistente social encargado de su caso inmediatamente.

Atentamente,

\_\_\_\_\_  
(Firma del asistente social encargado del caso)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(Dirección)

Número de teléfono \_\_\_\_\_

**POR FAVOR LEA SUS DERECHOS Y RESPONSABILIDADES EN  
LA PARTE DE ATRÁS DE ESTE FORMULARIO.**

DSS-8137 sp (rev. 01/11)  
Economic and Family Services Section

Distribution:  
Original: Family  
Copies: Case record

**Usted recibirá un aviso escrito indicando si su pago ha cambiado o cesado:**

- **Si usted no devuelve su informe a tiempo; o**
- **La información en su informe hace que su pago se incremente, disminuya o cese.**

**CÓMO OBTENER UNA AUDIENCIA:** Si usted piensa que una medida tomada en su caso es incorrecta, usted tiene derecho a una audiencia. En esta audiencia se averiguará si esta medida fue correcta y se le otorgará el monto de dinero correcto si se determina que fue errónea. Primero, usted puede obtener una audiencia local frente a un oficial imparcial del Departamento de Servicios Sociales del condado. La audiencia se llevará a cabo 5 días después de su solicitud. La audiencia puede posponerse, por razones valederas, por un periodo de hasta 10 días más. Posteriormente, si usted cree que la decisión en la audiencia local es incorrecta, se le puede conceder una segunda audiencia. La segunda audiencia es ante un oficial imparcial de la División de Servicios Sociales. Si usted solicita una audiencia y usted vive en determinados condados, la segunda audiencia es ante un oficial del condado. Para obtener su audiencia, usted debe hacer su solicitud al departamento de servicios sociales del condado, ya sea oralmente o por escrito.

**CUÁNDO SOLICITAR UNA AUDIENCIA:** Usted tiene sesenta (60) días calendario a partir de la fecha que se le informó que su pago cambió o cesó para solicitar una audiencia. Los sesenta días pueden extenderse a noventa (90) días calendario si usted tiene una razón valedera para el retraso.

Si usted pide una audiencia dentro de los 10 días hábiles desde la fecha de notificación definitiva, su pago no cambiará hasta después de la audiencia local. Sin embargo, si su audiencia muestra que los cambios fueron correctos, usted tendrá que reembolsar cualquier beneficio adicional que usted obtuvo mientras esperaba la audiencia y decisión.

**SU DERECHO A SER REPRESENTADO:** Usted puede pedir que alguna persona hable en su representación en la audiencia, por ejemplo un pariente o un abogado que usted obtenga a su propio costo. Puede que se tengan disponibles servicios jurídicos gratuitos en su comunidad. Contacte al asistente social encargado de su caso para solicitar información o llame al número gratuito 1-800-662-7030.

**Distribution:**

Original - Family  
Copies - Record