

Departamento de Servicios Sociales del Condado _____

Número de caso del Condado _____

AVISO DE RETIRO DE *WORK FIRST* / MEDICAID

****Por favor lea cuidadosamente este aviso porque es muy importante.****

INFORMACIÓN GENERAL Y RAZÓN PARA RETIRO (Para ser llenado por el trabajador del caso)

1. Nombre del solicitante / representante: _____
Dirección del solicitante / representante: _____
Número de teléfono del solicitante / representante: _____
Tipo de contacto: _____

2. Indique con una "X" los programas y opciones discutidos y las referencias hechas.

<u>Disc.</u>	<u>Ref.</u>		<u>Disc.</u>	<u>Ref.</u>		<u>Disc.</u>	<u>Ref.</u>	
_____	_____	<i>WORK FIRST</i>	_____	_____	MA, Adulto	_____	_____	CAP
_____	_____	<i>WORK FIRST-EA</i>	_____	_____	MIC	_____	_____	MAF
_____	_____	SA	_____	_____	MPW	_____	_____	MAD
_____	_____	FS	_____	_____	MQB	_____	_____	CIP
_____	_____	Otro						

Programas de Servicios u Otros programas locales (indicar)

3. Documente en forma narrativa la razón del retiro. Esta documentación debe incluir todas las opciones que fueron discutidas como una alternativa al retiro.

Fecha _____

Firma del trabajador del caso _____

DECLARACIÓN DEL RETIRO (Para ser completada por el solicitante / representante):

Yo entiendo que no puedo recibir beneficios si retiro mi solicitud.

Yo estoy retirando mi solicitud para _____ hoy porque:

Fecha _____

Firma del solicitante / representante _____

DERECHOS DE APELACIÓN: Usted tiene el derecho a solicitar una audiencia si retira su solicitud porque el DSS le dio información incorrecta o incompleta, no le ofreció asistencia para obtener la información necesaria para completar su solicitud o le animó para que retirara su solicitud.

Por favor lea cuidadosamente el reverso de este aviso para saber más acerca de sus derechos de apelación.

Distribución: Original – SOLICITANTE

Copia - REGISTRO DEL CASO

DERECHOS DE APELACIÓN

SU DERECHO A TENER UNA AUDIENCIA

Usted tiene el derecho a solicitar una audiencia si cree que su solicitud fue retirada indebidamente. Una solicitud es indebidamente retirada si el DSS hizo cualquiera de lo siguiente:

- (1) Animarle a o sugerirle que usted retire su solicitud;
- (2) Pedirle que proporcionara información que el condado era responsable de obtener;
- (3) No ofrecerle asistencia para obtener la información que era responsabilidad de usted obtener;
- (4) No le dio a usted la información correcta o completa acerca de su elegibilidad y todas **las alternativas al retiro que estaban disponibles para usted;**
- (5) No le explicó a usted los otros programas o servicios que podían estar disponibles.

CÓMO SOLICITAR UNA AUDIENCIA

Usted puede solicitar a cualquier trabajador del caso o supervisor una audiencia. Usted puede hacer esto por escrito o verbalmente. Usted lo puede hacer por medio del correo, en persona o por teléfono.

CUÁNDO SOLICITAR UNA AUDIENCIA

Usted puede solicitar una audiencia dentro de 60 días a partir de la fecha en que usted toma conocimiento que el DSS le dio información incorrecta o incompleta que lo llevó a retirar su solicitud. Si usted tiene una justificación para no solicitar una **audiencia dentro de 60 días**, usted todavía puede solicitar una audiencia dentro de 90 días.

AUDIENCIAS LOCALES Y ESTATALES

Si usted solicita una audiencia, a usted se le dará una audiencia local que se llevará a cabo dentro de 5 días calendario. La audiencia local se lleva a cabo ante un funcionario imparcial del DSS que no estuvo involucrado en su caso antes que usted solicitara una audiencia.

Si usted no está satisfecho con la decisión de la audiencia local, usted puede tener una segunda audiencia. La segunda audiencia es llevada a cabo ante un funcionario imparcial del Departamento de Salud y Servicios Humanos de Carolina del Norte. Usted debe pedir una segunda audiencia dentro de los 15 días calendario de la fecha en que la decisión de la audiencia local fue enviada a usted por correo.

SI USTED VIVE EN UNO DE LOS SIGUIENTES CONDADOS: *Caldwell, Caswell, Davie, Henderson, Iredell, Lenoir, Lincoln, Macon, McDowell, Randolph, Sampson, Surry, o Wilkes;* Y USTED DESEA UNA SEGUNDA AUDIENCIA ACERCA DE SUS BENEFICIOS **WORK FIRST: su segunda apelación también será escuchada por su condado, no por la División de Servicios Sociales del Estado.**

QUÉ PASA SI USTED GANA EN LA AUDIENCIA

Si su solicitud fue indebidamente retirada, su solicitud se reabrirá. Si la solicitud es aprobada, usted puede recibir la asistencia retrospectivamente desde el día en que presentó la solicitud. Usted también puede recibir un pago por una penalidad de hasta \$650.

SU DERECHO A SER REPRESENTADO(A)

Servicios legales gratis pueden estar disponibles. Para saber cómo contactar a la oficina de Servicios Legales más cercana a usted, llame, gratis, a CARELINE al 1-800-662-7030.