Apelación del Departamento de Servicios Humanos de Tennessee

¿Habla español?
1-866-311-4290

¿Necesita ayuda? Llame a su asistente del DHS. O BIEN, llame sin cargo al Centro de Servicios de Asistencia Familiar al **1-866-311-4287**.

¿Considera usted que hubo un error con sus beneficios de los programas Food Stamps (cupones de alimentos), Families First, TennCare Medicaid o TennCare Standard? Usted puede presentar una apelación. Una apelación es una manera de arreglar los errores. Puede usar este documento para apelar. Es **únicamente para apelaciones** relacionadas con cupones de alimentos, Families First o TennCare. **No use este documento para ningún otro trámite.**

- ¿Necesita **solicitar** cupones de alimentos, Families First o TennCare? Obtenga una solicitud del DHS.
- ¿Necesita **informar de un cambio** (como un nuevo domicilio o cambio de trabajo o ingresos)? Llame al Centro de Servicios de Asistencia Familiar (*Family Assistance Service Center*) al **1-866-311-4287**. En Nashville, llame al **743-2000**. Su horario de servicio es de lunes a viernes, de 7:00 a.m. a 5:30 p.m.
- ¿Necesita **cambiar su plan de salud de TennCare** (MCO, *Managed Care Organization*)? O bien, ¿necesita **ayuda para obtener atención médica o medicamentos**? No use este documento. Llame a TennCare Solutions al **1-800-878-3192.** ¿Necesita **otra ayuda**? Pregunte a su asistente del DHS, **O BIEN**, llame al Centro de Servicios de Asistencia Familiar al **1-866-311-4287**.

¿Cuánto tiempo necesita para apelar?

Para Families First y cupones de alimentos: tiene un plazo de **90 días** para apelar. Los 90 días empiezan **el día después de la fecha de la carta** que recibió del DHS. (Es la carta que le informó del asunto que usted está apelando.) **¿Está recibiendo actualmente cupones de alimentos o Families First? ¿Desea seguir recibiéndolos durante su apelación?** Debe presentar la apelación en los primeros **10 días**. Los 10 días empiezan **el día después de la fecha de la carta** del DHS. ¿Qué sucede si usted pierde la apelación? **Tendrá que pagar los beneficios de cupones de alimentos o Families First** que recibió durante su apelación.

Para TennCare Medicaid o TennCare Standard: tiene un plazo de **40 días** para apelar. Los 40 días empiezan **el día después de la fecha de la carta** del DHS o de TennCare. (Es la carta que le informó del asunto que usted está apelando.) **¿Está recibiendo TennCare actualmente? ¿Desea seguir recibiendo cobertura durante su apelación?** Debe apelar en los primeros **20 días O BIEN,** antes de que termine su cobertura de TennCare (si esa fecha es posterior). Los 20 días empiezan el día después de la fecha de la carta del DHS o de TennCare. ¿Qué sucede si usted pierde la apelación? **Tendrá que pagar a TennCare** la atención médica o los medicamentos que recibió durante su apelación.

Envíe por correo su apelación a: Tennessee Department of Human Services
Division of Appeals and Hearings
PO Box 198996
Nashville, TN 37219-8996

O BIEN, envíela por fax a: **1-866-355-6136**

Conserve una copia de la apelación junto con la página que compruebe que se envió el fax.

De acuerdo con las leyes federales y las políticas del Departamento de Agricultura de los EE.UU. (USDA, *U.S. Department of Agriculture*) y del Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE.UU. (HHS, *Health and Human Services*), se prohíbe a esta institución discriminar por motivos de raza, color, país de origen, sexo, edad o discapacidad. Según la Ley de cupones de alimentos (*Food Stamp Act*) y las políticas del USDA, también se prohíbe la discriminación por motivos de creencias religiosas o políticas. Para presentar una queja o si tiene preguntas, comuníquese con estas oficinas: **HHS Office for Civil Rights**, Atlanta Federal Center, Ste 3B70, 61 Forsyth Street, SW, Atlanta, GA 30303-8909, o a los teléfonos (404) 562-7886; (404) 562-7881 (FAX); (404) 331-2867 (TDD); **USDA, Director, Office for Civil Rights**, 1400 Independence Av, SW, Washington, DC 20250-9410; o a los teléfonos (800) 795-3272; (202) 720-6382 (TTY).

También puede comunicarse con el **Tennessee Department of Human Services**, Office of General Counsel, Compliance Officer, Citizens Plaza Building, 400 Deaderick Street, Nashville, TN 37243, teléfono (615) 313-4700.

Proporcione información acerca de la persona que apela:

1. ¿Quién tiene el problema que dio motivo a su apelación? (Escriba el nombre completo en letra de molde.)
Primer nombre: _____ Inicial del segundo nombre: ____ Apellido: _____

2. Número de Seguro Social: ____-____-_____ **3.** Fecha de nacimiento: _____

4. ¿Qué otra persona de su unidad familiar tiene el mismo problema? Escriba sus nombres.
_____

5. ¿Cuál es su número de teléfono durante el día? ( ) -_____

6. ¿Cuál es su número de teléfono durante la noche? ( ) -_____

7. ¿Tiene otro número al que podamos llamarle? ( ) -_____

8. ¿Cuál es la mejor hora para llamarle? _____

9. Dirección de correo electrónico: _____

10. Domicilio postal completo (recuerde incluir No. de apartamento, de apartado postal, del domicilio y de lote, y **asegúrese de informar al DHS si estos datos cambian**.)
Domicilio: _____
Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

11. ¿Necesita un intérprete o que los documentos se traduzcan? Sí ( ) No ( )
Si la respuesta es sí, ¿a qué idioma o dialecto? _____

Proporcione información acerca de su apelación.

12. ¿Cuál es el asunto de su apelación? (Puede marcar más de una opción.)
☐ Families First ☐ Food Stamps ☐ TennCare Medicaid ☐ TennCare Standard
Mencione todos los datos que pueda acerca del problema. Puede añadir más páginas.
_____
_____

¿Tiene algún comprobante de lo que menciona? Envíe una copia con este documento.

13. **SI** su apelación se relaciona con Families First o cupones de alimentos, **marque uno de los siguientes cuadros.**

☐ **Continuar mis beneficios de Families First o cupones de alimentos** hasta que se decida mi apelación. Si pierdo la apelación, sé que es posible que tenga que pagar estos beneficios.

☐ **Suspender mis beneficios de Families First o cupones de alimentos** hasta que se decida mi apelación. Si gano la apelación, es posible que el estado me adeude dinero.

Usted debe informarnos si desea que sus beneficios continúen o se suspendan durante su apelación.

14. Firme aquí: _____ **15. Fecha de hoy**: _____
(Persona que apela o persona autorizada que firma por ella.)

Complete esta sección SI está ayudando a alguien más a llenar este documento.

16. Nombre: _____ Número de teléfono durante el día: ( ) -_____
¿Por qué conoce a la persona que está apelando? ¿Es usted su:
☐ Padre o madre ☐ Pariente ☐ Amigo/a ☐ Tutor legal o guardián
☐ Médico o personal médico ☐ Intérprete o traductor/a ☐ Abogado/a
☐ Representante autorizado ☐ Otro (describa)

DHS will fill out this box:	**Date Received:** _____
DHS Caseworker: _____	**User ID:** _____
DHS FS 1 _____	**User ID:** _____