



Departamento de Servicios Humanos de Tennessee
Solicitud de Apelación Consolidada

Utilice este formulario solamente si desea presentar una apelación (una solicitud de audiencia). La oficina local del DHS puede ayudarle a completar este formulario. Puede presentar este formulario a la Oficina del Secretario, cuya información de contacto se encuentra en la parte posterior de este formulario.

Nombre del Apelante	Apellido del Apelante	Número(s) de teléfono
Dirección domiciliaria	Ciudad, Estado y Código postal	Dirección de correo electrónico
Dirección postal (si es diferente a la anterior)	Ciudad, Estado y Código postal	Número de Seguridad Social

¿Necesita un intérprete para la audiencia? Sí No ¿qué idioma? _____

¿Necesita que se traduzcan los documentos? Sí No ¿qué idioma? _____

¿Por qué programa(s) desea apelar? SNAP (Cupones para alimentos) Familias Primero Manutención Infantil

Rehabilitación Vocacional Empresas comerciales de Tennessee Programa de Alimentación para Cuidado Infantil y de Adultos

Programa de Asistencia de Pago de Cuidado infantil para Trabajadores Esenciales

Cuidado Infantil (Familias Primero) Cuidado Infantil (No casos de TANF)

Programa de Alimentación de Verano P-EBT (EBT por la pandemia) Otro programa: _____

¿Alguien le representará o ayudará durante la audiencia? Sí No En caso afirmativo, ¿quién?

Nombre y Apellido del representante	Oficina del representante (si procede)	Número(s) de teléfono
Dirección	Ciudad, Estado y Código postal	Dirección de correo electrónico
Dirección postal (si es diferente a la anterior)	Ciudad, Estado y Código postal	Relación del representante con usted

Explique por qué desea apelar o con qué está no está de acuerdo. Puede adjuntar páginas adicionales. _____

Para las apelaciones de P-EBT, complete esta sección:

No estoy de acuerdo con el monto otorgado O no todos los menores aptos recibieron beneficios. Ingrese a continuación la información de todos los niños:

Nombre:	Segundo nombre:	Apellido:	Fecha de nac.	Distrito escolar	Nombre de la escuela

Para las apelaciones de SNAP, Familias Primero, Cuidado Infantil de no casos de TANF y Manutención Infantil, complete esta sección:

¿Desea que la audiencia se celebre en persona o por teléfono? En persona Por teléfono

DESEO que se continúen mis beneficios hasta tanto se tome una decisión en la audiencia. Entiendo que si la decisión no es a mi favor, es posible que tenga que devolver los beneficios. Deseo que se continúen los siguientes beneficios:

SNAP (Cupones para Alimentos) Familias Primero Cuidado Infantil (Familias Primero)
 Cuidado Infantil (No casos de TANF)

NO DESEO que se continúen mis beneficios mientras esté pendiente la decisión de la audiencia.

El personal del DHS debe verificar en la sección de "Formularios" del intranet para asegurarse del uso de versiones actualizadas. Los formularios no pueden ser alterados sin autorización previa.

Para las apelaciones de Manutención Infantil, ¿cuál es el nombre del otro progenitor? _____

Nota: Este formulario es para apelar medidas administrativas. NO puede usarse para apelar medidas adoptadas por un tribunal.

Para las apelaciones de Rehabilitación Vocacional, ¿el personal de rehabilitación vocacional ha realizado una revisión informal?

Sí No

Para las apelaciones del Programa de Alimentación para Cuidado Infantil y de Adultos y del Programa de Alimentación de Verano, la apelación será evaluada a través de una revisión administrativa, a menos que usted solicite específicamente que se celebre una audiencia. Para algunas apelaciones es necesario realizar una revisión administrativa. ¿Solicita que se celebre una audiencia si está permitido por ley? Sí No

Complete esta parte si ha ayudado a alguien a rellenar este documento:

Nombre: _____ Teléfono de día: _____ Teléfono alterno: _____

¿Cómo conoce a la persona que presenta la apelación? Marque con una cruz la casilla correspondiente:

Padre/madre Pariente Amigo Tutor legal o Custodio Defensor Representante autorizado

Doctor/Personal médico Intérprete/Traductor Otro (describa) _____

Firma _____ **Fecha:** _____
(Apelante o representante)

¿Cuánto tiempo dispongo para presentar una apelación? (todos los días calendarios)

Programa	Límite de tiempo para apelar	Límite de tiempo para apelar y continuar beneficios
SNAP (Cupones para Alimentos)	90 días a partir de la fecha de la notificación	10 días a partir de la fecha de la notificación
P-EBT	10 días a partir de la fecha de la notificación	N/C
Familias Primero	90 días a partir de la fecha de la notificación	10 días a partir de la fecha de la notificación
Servicios de Cuidado Infantil (no casos de TANF-Familias Primero)	10 días a partir de la fecha de la notificación	10 días a partir de la fecha de la notificación
Manutención infantil	<ul style="list-style-type: none"> 20 días a partir de la fecha de entrega de la notificación en los procedimientos de revocación de licencia 15 días a partir de la fecha de la notificación de la medida administrativa para todas las demás apelaciones 	N/C
Rehabilitación Vocacional	30 días a partir de la fecha de la notificación	Continúan automáticamente, a menos que exista fraude o el Apelante solicite lo contrario
Programa de Alimentación de Verano	10 días a partir de la fecha de recibida la notificación de acción	N/C
Programa de Alimentación para Cuidado Infantil y de Adultos	15 días a partir de la fecha de recibida la notificación de acción	N/C
Asistencia de Pago de Cuidado Infantil para Trabajadores Esenciales	10 días a partir de la fecha de recibida la notificación de acción	N/C

¿Dónde debo enviar este formulario? Se pueden presentar los formularios de apelación ante la Oficina del Secretario de la División de Apelaciones y Audiencias.

Correo postal: James K. Polk Building, 1ST Floor
ATTN: Appeals Clerk's Office
PO Box 198996
505 Deaderick St.
Nashville, TN 37219-8996

Fax: (615) 248-7013 o (866) 355-6136
Teléfono: (866) 787-8209 o (615) 744-3900

Correo electrónico: AppealsClerksOffice.DHS@tn.gov

¿Qué tal si tengo alguna pregunta?

Comuníquese con la Oficina del Secretario al número de llamadas gratis al (866) 787-8209, o llame a la oficina local del DHS.

¿Qué asuntos puedo apelar?

Para obtener una lista general de los asuntos que pueden ser objeto de apelación, consulte la sección 1240-5-3 de la Compilación de Normas y Reglamentaciones de Tennessee Solicitudes de audiencia imparcial y refiérase a la notificación de la decisión del Departamento para obtener más información acerca de sus derechos a una apelación. <http://publications.tnsosfiles.com/rules/1240/1240-05/1240-05-03.pdf>

Para preguntas respecto a las apelaciones de Manutención Infantil visite:
<https://www.tn.gov/content/dam/tn/human-services/hs/hs-2997.pdf>

Conforme a las leyes federales y a las políticas del Departamento de Agricultura de los Estados Unidos (USDA, por sus siglas en inglés) y el Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU. (HHS, por sus siglas en inglés) se prohíbe a esta institución discriminarle basado en su raza, color, país de origen, sexo, edad, o discapacidad. Conforme a la Ley de Cupones para Alimentos y las políticas del USDA, también se prohíbe discriminar basado en su religión o ideas políticas. Para presentar una queja o si tiene alguna pregunta, comuníquese con una de las siguientes oficinas: HHS Office for Civil Rights, Atlanta Federal Center, Ste 3B70, 61 Forsyth Street, SW, Atlanta, GA 30303-8909, (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; (800) 795-3272; (202) 720-6382 (TTY).

También se puede comunicar con: Tennessee Department of Human Services, Office of General Counsel, Office of General Counsel, Compliance Officer, James K. Polk Building, 505 Deaderick Street, Nashville, TN 37243, (615) 313-4700.

El personal del DHS debe verificar en la sección de "Formularios" del intranet para asegurarse del uso de versiones actualizadas. Los formularios no pueden ser alterados sin autorización previa.

Distribución: Oficina del secretario de DHS AppealsClerksOffice@tn.gov
HS-3058SP (Rev. 01-21)

RDA: 1716
Página 3