|  |  |
| --- | --- |
| þÿ | **Departamento de Servicios Humanos de Tennessee****Solicitud de Apelación Consolidada** |

*Use este formulario solamente si quiere presentar una apelación (esta es una solicitud para una audiencia). Su oficina local del DHS puede ayudarle a completar este formulario. Ud. puede presentar este formulario con la Secretaría, cuya información está al reverso de este formulario.*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|       |       | (   )    -     |
| Nombre del Apelante | Apellido del Apelante | Número(s) de Teléfono |
|       |       |       |
| Dirección Residencial | Ciudad, Estado y Código Postal | Correo electrónico |
|       |       | **-  -** |
| Dirección de Correo (si es diferente al de arriba) | Ciudad, Estado y Código Postal | Número de Seguro Social |

¿Necesitará Ud. un intérprete en la audiencia? [ ]  Sí [ ]  No ¿Cuál idioma?       ¿Necesita Ud. que se traduzca algún documento? [ ]  Sí [ ]  No ¿Cuál idioma?       ¿Qué programa(s) está apelando? [ ]  SNAP (Cupones para Alimentos) [ ]  Familias Primero [ ]  Manutención Infantil

[ ]  Rehabilitación Vocacional [ ]  Empresas para los Ciegos en Tennessee

[ ]  Cuidado Infantil (Familias Primero) [ ]  Cuidado Infantil (No-TANF) [ ]  Programa de Comida de Cuidado para Niños y Adultos [ ]  Programa de Comida de Verano [ ]  Otro Programa:

¿Le representará o le ayudará otra persona durante la audiencia? [ ]  Sí [ ]  No De ser “sí”, díganos quien será.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|       |       | (   )    -     |
| Nombre y Apellido del Representante | Empresa del Representante (si corresponde) | Número(s) de Teléfono |
|       |       |       |
| Dirección de Residencia | Ciudad, Estado y Código Postal | Correo electrónico |
|       |       |       |
| Dirección de Correo (si es diferente al de arriba) | Ciudad, Estado y Código Postal | Parentesco del Representante con Ud. |

Díganos por qué Ud. está apelando o qué ocurrió que Ud. no está de acuerdo. Puede anexar más páginas.

**Para apelaciones de SNAP, Cuidado Infantil de *Smart Steps,* y Manutención Infantil, complete esta sección.**

¿Quiere que se realice su audiencia en persona o por teléfono? [ ]  En Persona [ ]  Por Teléfono

[ ]  QUIERO que se continúen mis beneficios hasta que se tome la decisión de audiencia. Entiendo que si la decisión no es a mi favor, tendré que rembolsar los beneficios. Quiero que se continúen los siguientes beneficios de:

[ ]  SNAP (Cupones para Alimentos) [ ]  Familias Primero [ ]  Cuidado Infantil (Familias Primero) [ ]  Cuidado Infantil (No-TANF)

 [ ]  NO QUIERO que se continúen mis beneficios mientras la decisión de audiencia esté pendiente.

**Para apelaciones de Manutención Infantil**, ¿cuál es el nombre del otro padre?

**Nota:** Este formulario es para apelar acciones administrativas. NO PUEDE usarlo para apelar una acción tomada por una corte.

.

**Para apelaciones de Rehabilitación Vocacional**, ¿el personal de rehabilitación vocacional ha sido conducido una revisión informal? [ ] Sí [ ]  No

**Para apelaciones del Programa de Comida de Cuidado para Niños y Adults y el Programa de Comida de Verano**, su apelación se mantendrá mediante una revisión del escritorio, a menos que Ud. específicamente pide que se realice una audiencia. ¿Ud. pide que se realice una audiencia según la ley?

[ ]  Sí [ ]  No

## Complete esta sección si Ud. está ayudando a otra persona a completar este formulario:

Nombre:       Teléfono del día:       -       -

¿Cómo conoce a la persona que está apelando? Por favor marque el recuadro apropiado abajo:

[ ]  Padre/Madre        [ ]  Pariente          [ ]  Amigo(a) [ ]  Tutor Legal o Curador

[ ]  Médico/Personal Médico [ ]  Intérprete/Traductor [ ]  Defensor

[ ]  Representante Autorizado [ ]  Otro (describa))

# Firma

 **(Apelante o representante)**

**Fecha:      /     /**

**¿Cuánto tiempo tengo para presentar una apelación?** (todos son días calendarios)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Programa** | **Límite de Tiempo para Apelar** | **Límite de Tiempo para Apelar y Tiene Beneficios Continuados** |
|  SNAP (Cupones para Alimentos) | 90 días desde la fecha de la notificación  | 10 días desde la fecha de la notificación |
| Familias Primero(TANF) | 90 días desde la fecha de la notificación | 10 días desde la fecha de la notificación |
| Servicios de Cuidado Infantil (No TANF-Familias Primero)  | 10 días desde la fecha de de la notificación | 10 días desde la fecha de la notificación |
| Manutención Infantil | * 20 días desde la fecha de notificación para procedimientos de suspensión de licencia
* 15 días desde la fecha de la notificación de la acción administrativa para todas las otras apelaciones
 | No Corresponde (N/C) |
| Rehabilitación Vocacional | 30 días desde la fecha de la notificación | Continuados automáticamente, a menos que haya fraude o el Apelante lo pida de otra manera |
| Programa de Comida de Verano | 10 días desde la fecha en que la notificación de la acción fue recibido | No Corresponde (N/C) |
| Programa de Comida para Cuidado de Niños y Adultos | 15 días desde la fecha en que la notificación sobre la acción fue recibida | No Corresponde (N/C) |

**¿Dónde enviaré este formulario?**

Los formularios de apelación pueden ser sometidos a la Oficina Clerical, que es parte de la División de Apelaciones y Audiencias.

Correo: James K. Polk Building Fax: (615) 248-7013 or (866) 355-6136 ATTN: Appeals Clerk’s Office Teléfono: (866) 787-8209 PO Box 198996 Correo electrónico: AppealsClerksOffice.DHS@tn.gov Nashville, TN 37219-8996

**¿Qué hago si tengo preguntas?**

Contacte a la Secretaría sin costo alguno al (866) 787-8209, o llame a su oficina local del DHS.

**¿Qué problemas puedo apelar?**

Para una lista general de asuntos que puedan ser apelados, por favor visite Tenn. Comp. R. y Regs. 1240-5-3 Solicitudes de Audiencias Justas y refiérase al aviso de la acción del Departamento para mayor información acerca de sus derechos de apelación. <http://publications.tnsosfiles.com/rules/1240/1240-05/1240-05-03.pdf>

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

De acuerdo con la ley federal y la política del Departamento de Agricultura de EEUU (USDA) y el Departamento de Salud de EEUU (HHS), se prohíbe esta institución de discriminar en base a raza, color, nacionalidad de origen, sexo, edad, o discapacidad. Bajo el Acta de Cupones para Alimentos y la política del USDA, se prohíbe la discriminación también en base a religión, o creencias políticas. Para presentar una queja o hacer preguntas, contacte una de estas 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).

Ud. también puede contactar al Tennessee Department of Human Services, Office of General Counsel, Compliance Officer, James K. Polk Building, 505 Deaderick Street, Nashville, TN 37243, (615) 313-4700.