|  |  |
| --- | --- |
| 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](mailto: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.