



AVISO DE ACCIÓN SOBRE EL PROGRAMA DE ASISTENCIA ALIMENTARIA SUPLEMENTARIA (SUPPLEMENTAL NUTRITION ASSISTANCE PROGRAM (SNAP), EN INGLÉS)

Formulario del Estado 43351 (R7 / 5-14) / FI FS 0041S

Los registros en estas series son confidenciales de acuerdo con 470 IAC 6-1-1.

Nombre y dirección de la Agencia Family and Social Services Administration Document Center P.O. Box 1810 Marion, IN 46952	Número del caso
Nombre del caso y dirección	Número de teléfono 1-800-403-0864
IMPORTANTE	Fecha de envío del Aviso de Acción (<i>mes, día, año</i>)
1. Ver (3) abajo sobre la acción tomada para su solicitud / caso SNAP. 2. Para SNAP, el único cambio que debe comunicar es cuando el ingreso bruto mensual de su grupo doméstico es mayor que la cantidad que se indica a continuación para cualquier mes calendario. Este cambio debe ser informado antes del décimo (10) día del mes después del cambio. Límite de ingresos: _____ <i>Deberá informar si su ingreso bruto mensual es más de esta cantidad.</i>	<input type="checkbox"/> Los beneficios incrementados que usted recibirá el próximo mes se deben a una reducción propuesta de sus beneficios de Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (TANF). Si usted solicita que sus beneficios TANF sean continuados de acuerdo con el monto previo, pendiente de una audiencia imparcial, sus beneficios de SNAP serán reducidos al monto previo mensual.
	<input type="checkbox"/> Usted se ha aplicado para TANF. Sus beneficios de SNAP podrían ser reducidos o cancelados sin aviso previo si usted es aprobado para TANF.
	<input type="checkbox"/> Aceleramos su caso permitiéndole entregar su verificación más adelante; por lo tanto, los beneficios de su segundo mes podrán reducirse o cancelarse sin aviso previo si su verificación no nos ha llegado antes de la fecha de vencimiento o si su prueba muestra que debería ser así.

(3) ACCIÓN TOMADA	ACCIÓN
<input type="checkbox"/>	* Cancelación de sus beneficios a partir de la fecha abajo indicada: Fecha (<i>mes, día, año</i>) _____ Razón:
<input type="checkbox"/>	* Sus beneficios cambiaron a partir de la fecha abajo indicada al monto especificado: Fecha (<i>mes, día, año</i>) _____ Monto \$ _____ Razón:
<input type="checkbox"/>	Se suspendieron sus beneficios. Esto significa que usted no recibirá los beneficios de SNAP porque si bien su unidad de asistencia es categóricamente elegible en base al recibo de Asistencia Temporal para las Familias Necesitadas (TANF) y/o SSI, usted está por encima de los límites de ingresos para recibir beneficios. Esta suspensión durará hasta que sus circunstancias cambien de modo que usted pueda ser elegible para los beneficios.
<input type="checkbox"/>	Se ha certificado a su grupo doméstico como elegible para el periodo abajo indicado: Desde: _____ Hasta: _____
<input type="checkbox"/>	Usted no era elegible para el mes de la solicitud porque:
<input type="checkbox"/>	Su grupo doméstico es elegible para los montos abajo indicados. Los montos futuros pueden cambiar a medida que usted nos informe sobre los cambios de circunstancias de su grupo doméstico. <input type="checkbox"/> Monto para el primer mes \$ _____ <input type="checkbox"/> Monto para el segundo mes \$ _____ <input type="checkbox"/> Monto para cada uno de los meses restantes \$ _____
<input type="checkbox"/>	La solicitud de su grupo doméstico fue rechazada debido a:
<input type="checkbox"/>	La solicitud de su grupo doméstico está pendiente a partir de (<i>mes, día, año</i>) _____ porque: Su solicitud aún está siendo revisada y será procesada lo antes posible. Si se han producido cambios de su grupo familiar comuníquese con nosotros llamando al número telefónico arriba indicado inmediatamente.

DERECHOS A UNA AUDIENCIA

SI USTED NO ESTÁ DE ACUERDO CON NUESTRA DECISIÓN

Tiene derecho a apelar. Se programará una audiencia imparcial para usted si recibimos su apelación para una fecha determinada. Por favor lea cuidadosamente toda esta información ya que explica cómo apelar y especifica los plazos que debe cumplir.

Se le notificará por escrito sobre la fecha, hora y lugar para la audiencia. Un juez de derecho administrativo escuchará su caso y tomará una decisión. Usted puede hablar por sí mismo en la audiencia o llevar a alguien como un abogado, amigo o pariente. Si desea que un abogado hable por usted en la audiencia pero no puede pagar por uno, Indiana Legal Services podría ayudarle. Llame a la oficina que se encarga de su área llamando al 1-800-892-2776. Su sitio Web es www.indianajustice.org.

SUS BENEFICIOS PUEDEN CONTINUAR SIN CAMBIOS

Sus beneficios pueden continuar sin cambios mientras la apelación está pendiente. Esto es válido si usted está actualmente recibiendo beneficios. Si usted decide apelar y desea que sus beneficios continúen sin cambio, presente su apelación inmediatamente.

La fecha límite para SNAP se detalla más abajo. Si usted cumple con este plazo, sus beneficios continuarán sin el cambio que se explica en este aviso hasta que se tome una decisión sobre su apelación. Si la decisión de la audiencia no es a su favor, deberá pagar los beneficios adicionales que usted recibió. Si no desea que sus beneficios continúen, díganos en su solicitud de apelación.

Por favor tenga en cuenta que el plazo que se detalla a continuación se refiere al cierre de horario de negocios o sea las 4:30 PM hora local del lugar donde se recibe la apelación. Si una fecha límite cae en un fin de semana o feriado, debemos recibir su apelación al siguiente día hábil. Usted debe esperar una corta interrupción en la cobertura si recibimos su solicitud de apelación cerca de la fecha límite. Por favor tenga en cuenta que si usted envía su apelación por correo, no nos guiaremos por el matasellos para determinar si podemos continuar sus beneficios.

Fecha límite para SNAP

Continuaremos sus beneficios sin cambios si recibimos su apelación dentro de los trece días (13) de la fecha de este aviso.

Sin embargo, los beneficios de SNAP no continuarán si ha vencido su período de certificación.

PLAZO DE APELACIÓN

Debemos recibir su apelación dentro de los plazos del programa que detallan más adelante. Por favor tome nota que el plazo que se explica abajo se refiere al cierre de negocios, el cual es a las 4:30 PM hora local donde se recibió la apelación. Si el plazo es un fin de semana o días festivos, debemos recibir su apelación al siguiente día hábil. Por favor tenga en cuenta que si usted envía su apelación por correo, no consideraremos el matasellos.

Fecha límite para las apelaciones de SNAP

Se debe recibir la solicitud de apelación dentro de noventa (90) días desde la fecha de este aviso.

CÓMO PRESENTAR UNA APELACIÓN

Puede entregar su solicitud de apelación por correo, fax o en persona. La apelación debe hacerse por escrito. Sin embargo, si está apelando SNAP puede hacerlo verbalmente en persona o por teléfono. Para apelar, usando el formulario de apelación abajo incluyendo su firma y la fecha o envíe una carta con su firma, junto con una copia de este aviso completo, si es posible. Por favor, elegir sólo un método para presentar su apelación.

1. Enviar por correo a: FSSA Document Center
PO Box 1810
Marion, IN 46952

o

2. Enviar su apelación por Fax a: Centro de documentación de FSSA: 1-800-403-0864

o

3. Llevar su apelación por escrito a su Oficina de Recursos para la Familia (Office of Family Resources) local durante el horario regular de negocios.

4. **IMPORTANTE INFORMACIÓN SOBRE SNAP:** También puede realizar su solicitud para una audiencia comunicándose con su oficina de Condado, División de Recursos para la Familia (Division of Family Resources) en persona o por teléfono.

PARA OBTENER MÁS INFORMACIÓN SOBRE EL PROCESO DE AUDIENCIA IMPARCIAL

Si tiene preguntas, por favor llámenos al 1-800-403-0864. También puede leer sobre el proceso de audiencia imparcial en nuestro sitio Web www.in.gov/fssa.

INFORMACIÓN SOBRE LA TARJETA DE HOOSIER WORKS

Usted necesitará la tarjeta Hoosier Works para poder gastar sus beneficios de SNAP. Si usted ha recibido los beneficios de SNAP anteriormente en Indiana bajo su nombre, ya debería tener una tarjeta de Hoosier Works. Si no tiene más una tarjeta, debe comunicarse con el Servicio al cliente al 1-877-768-5098 para pedir una tarjeta de reemplazo. Si usted no ha recibido beneficios de SNAP antes en Indiana bajo su nombre, recibirá una tarjeta de Hoosier works por correo dentro de los cinco (5) días después de la fecha de este aviso.

Si usted tiene un representante autorizado, él o ella necesitarán una tarjeta de Hoosier Works para gastar sus beneficios. Si este representante autorizado pudo gastar sus beneficios en el pasado, él o ella ya deberían tener una tarjeta. Si no es así, él o ella deben comunicarse con Servicio al cliente para solicitar una tarjeta de reemplazo. Si su representante autorizado no ha recibido una tarjeta antes para gastar sus beneficios, él o ella recibirán una tarjeta de Hoosier Works dentro de los cinco (5) días después de la fecha de este aviso. Si no recibe una tarjeta, comuníquese con el Servicio al cliente.

Una vez que haya recibido su tarjeta de Hoosier Works, debe seleccionar un Número de Identificación Personal (PIN) antes de utilizar sus beneficios. Llame al Servicio al cliente para seleccionar su PIN. El número de teléfono de Servicio al cliente es 1-877-768-5098.

La tarjeta de Hoosier Works no tiene fecha de vencimiento. Si su tarjeta es extraviada o robada, usted debe pedir una tarjeta de reemplazo. Se le cobrará un cargo de \$2.00 por la tarjeta de reemplazo si la tarjeta que está siendo sustituida tiene menos de dos (2) años. Si la tarjeta sustituida tiene más de dos (2) años, no se le aplicará un cargo de \$2.00. Deberá llamar al Servicio al cliente para solicitar una tarjeta de reemplazo.

Una vez que SNAP se depositen en su cuenta pueden gastarse en cualquier momento. Si no se hacen compras dentro de un (1) año, se cerrará la cuenta y perderá los beneficios que quedan en la cuenta.