

## REQUEST FOR FAIR HEARING

NAME		PHONE NUMBER	*SOCIAL SECURITY NO.
MAILING ADDRESS (Street, Apt. #, RFD, etc)			*CARES NO.
CITY	ZIP CODE	COUNTY OR AGENCY	CASE WORKER OR W-2 WORKER

EFFECTIVE DATE OF ADVERSE ACTION
----------------------------------

**DATE YOUR BENEFITS WILL CHANGE**

**If the action affects your MA or FoodShare benefits and your request is received before the effective date, your benefits in most cases, will not stop or be reduced. (Overpayment of benefits may be recovered by the county agency.) Do you wish your benefits to be continued?     YES     NO**

**✓ CHECK TYPE OF BENEFIT AND ACTION TAKEN THAT YOU ARE APPEALING**

	APPLICATION DENIED	APPLICATION PROCESS DELAYED	TERMINATED (BENEFITS ENDING)	OVER-PAYMENT	BENEFIT AMOUNT REDUCED
<input type="checkbox"/> MEDICAL ASSISTANCE . . . . .	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> LEVEL OF CARE (Nursing Home)					
<input type="checkbox"/> PRIOR AUTHORIZATION (What was denied? _____)					
<input type="checkbox"/> SSI-MA (State Supplement Cash Benefits)					
<input type="checkbox"/> FOODSHARE . . . . .	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> NOT RECEIVED					
<input type="checkbox"/> DENIED 'EXPEDITED SERVICE'					
<input type="checkbox"/> MIGRANT HOUSEHOLD . . . . .	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> ENERGY ASSISTANCE . . . . .	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> FOSTER HOME RELATED (Name of Agency who took the Action: _____)					
<input type="checkbox"/> LICENSE DENIAL					
<input type="checkbox"/> LICENSE REVOCATION					
<input type="checkbox"/> REMOVAL OF CHILD					
<input type="checkbox"/> CARETAKER SUPPLEMENT . . . . .	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> KINSHIP CARE . . . . .	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> AFDC-Recovery of Past Benefits . . . . .	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> CHILD CARE . . . . .	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> W-2 – Fact-Finding Decision Review (Must have fact-finding review with W-2 agency before requesting this. Must include complete copy of fact-finding decision.)					

Why are you asking for a hearing? (continue on other side if needed)

Signature (Specify if guardian, POA, etc.)	Date
--	------

**\*THE INFORMATION REQUESTED IS NEEDED TO IDENTIFY YOUR CASE AND PROCESS YOUR REQUEST. INCOMPLETE OR INACCURATE INFORMATION WILL DELAY THE PROCESSING OF YOUR REQUEST.**

## SOLICITUD DE AUDIENCIA IMPARCIAL

NOMBRE		NÚMERO DE TELÉFONO	*N.º DE SEGURO SOCIAL
DIRECCIÓN POSTAL (Calle, n.º de apartamento, RFD, etc)			*N.º CARES
CIUDAD	CÓDIGO POSTAL	CONDADO O AGENCIA	TRABAJADOR SOCIAL O TRABAJADOR W-2

FECHA DE VIGENCIA DE LA ACCIÓN ADVERSA
--

**FECHA EN QUE CAMBIARÁN SUS BENEFICIOS**

**Si la acción afecta sus beneficios MA o FoodShare y su solicitud se recibe antes de la fecha de vigencia, en la mayoría de los casos sus beneficios no se suspenderán ni reducirán. (La agencia del condado puede recuperar el pago excesivo de los beneficios) ¿Desea continuar recibiendo sus beneficios?**     SÍ     NO

**✓ MARQUE EL TIPO DE BENEFICIO Y LA ACCIÓN TOMADA QUE ESTÁ APELANDO**

	SOLICITUD DENEGADA	PROCESO DE SOLICITUD DEMORADO	TERMINACIÓN (SUSPENSIÓN DE BENEFICIOS)	PAGO EXCESIVO	CANTIDAD DE BENEFICIOS REDUCIDA
<input type="checkbox"/> ASISTENCIA MÉDICA . . . . .	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> NIVEL DE CUIDADO (hogar de convalecencia)					
<input type="checkbox"/> AUTORIZACIÓN PREVIA (¿Qué se denegó? _____)					
<input type="checkbox"/> SSI-MA (Beneficios estatales suplementarios en efectivo)					
 <input type="checkbox"/> FOODSHARE . . . . .	 <input type="checkbox"/>	 <input type="checkbox"/>	 <input type="checkbox"/>	 <input type="checkbox"/>	 <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> NO SE RECIBIERON					
<input type="checkbox"/> SE DENEGÓ EL 'SERVICIO AGILIZADO'					
<input type="checkbox"/> FAMILIA MIGRATORIA . . . . .	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
 <input type="checkbox"/> ENERGY ASSISTANCE . . . . .	 <input type="checkbox"/>	 <input type="checkbox"/>	 <input type="checkbox"/>	 <input type="checkbox"/>	 <input type="checkbox"/>
 <input type="checkbox"/> RELACIONADA CON HOGAR SUPLENTE (Nombre de la agencia que emprendió la acción: _____)					
<input type="checkbox"/> DENEGACIÓN DE LICENCIA					
<input type="checkbox"/> REVOCACIÓN DE LA LICENCIA					
<input type="checkbox"/> REMOCIÓN DE UN NIÑO					
 <input type="checkbox"/> SUPLEMENTO PARA CUIDADOR . . . . .	 <input type="checkbox"/>	 <input type="checkbox"/>	 <input type="checkbox"/>	 <input type="checkbox"/>	 <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> CUIDADO DE UN PARIENTE (KINSHIP CARE) . . . . .	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> AFDC-Recuperación de beneficios pasados . . . . .	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> CUIDADO DE NIÑOS . . . . .	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> W-2 – Revisión de la decisión sobre la investigación de los hechos (Debe tener una revisión de la investigación de los hechos con una agencia W-2 antes de solicitar esto. Debe incluir una copia completa de la decisión sobre la investigación de los hechos)					

¿Está solicitando una audiencia? (continúe al reverso si es necesario)

Firma (especifique si es tutor, POA, etc.)	Fecha
--	-------

\*LA INFORMACIÓN QUE SE PIDE SE NECESITA PARA IDENTIFICAR SU CASO Y PROCESAR SU SOLICITUD. LA INFORMACIÓN INCOMPLETA O INEXACTA DEMORARÁ EL PROCESAMIENTO DE SU SOLICITUD.