DEPARTAMENTO DE SERVICIOS HUMANOS
ADMINISTRACIÓN DE SEGURIDAD ECONÓMICA
64 NEW YORK AVE., NE
WASHINGTON, DC 20002
202.698.4147 - 202 698-6404. (FAX)
DC.OARA@DC.GOV

Fecha _____

SOLICITUD DE AUDIENCIA

El Cliente es: (marque uno)

□ **Solicitante de Beneficios**
□ **Receptor de Beneficios**
□ **Otro**

□ **Yo quiero que mis beneficios se reduzcan o suspendan mientras espero la decisión de mi audiencia, aunque tengo derecho a recibir lo mismo mientras mi audiencia está pendiente.**
□ **Si se permite, quiero que mis beneficios sigan igual mientras espero la decisión de mi audiencia. Yo sé que pudiera ser necesario devolver mis beneficios si no comparezco en la audiencia o pierdo el caso.**

Yo quiero una audiencia porque no estoy de acuerdo con la decisión tomada en relación con:

□ **Ayuda Temporal a Familias Necesitadas (TANF)**
□ **Ayuda General Pública para Niños (GC)**
□ **Ayuda Provisional por Discapacidad (IDA)**
□ **Beneficios Relacionados con el Trabajo**
Programa (Sírvase especificar)_____
□ **Otro (Sírvase especificar)_____**
□ **Salud para Familias del DC/ Medicaid**
□ **Programa de Ayuda Nutrición Suplementaria (SNAP)**
□ **SNAP Rápido**
□ **Ayuda para Entierros**
□ **Ayuda en Efectivo y/o Medical para Refugiados**
□ **Pago de Renta a Propietario**
□ **Programa de Intercambio de Beneficios de Salud (Sírvase especificar) _____**

Razones/Problemas_____
_____
_____

(Por favor use el reverso o páginas adicionales si necesita más espacio)

What do you want done to fix this problem?

Necesito un intérprete □ **Sí** □ **No** **IDIOMA_____**
Estoy confinado en casa □ **Sí** □ **No**

INFORMACIÓN DEL CLIENTE **Parentesco con el Cliente** □ **Es el Cliente** □ **Otro** _____
Nombre_____ **No. de Teléfono**_____
Dirección_____ **No de Fax**_____
_____ **ESA - Caso No.**_____

INFORMACIÓN DEL REPRESENTANTE/ ABOGADO
Nombre _____ **No. del Colegio de Abogados** _____
Nombre del Negocio_____ **Dirección** _____
No. de Teléfono_____ _____

INFORMACIÓN DE LA AGENCIA
Nombre del Caso_____ **Trabajadora del Caso**_____
Centro_____ **No. de Teléfono** _____
Supervisor_____ **No. de Fax** _____
Solicitud Recibida: □ **En Persona del Cliente** □ **Por Teléfono** □ **Agencia Ayudó a Prepararlo (Si es así, incluya quién lo preparó)**
□ **Del Representante** □ **Por Fax**
□ **Por E-mail**

_____
Ayudante/ Preparador de la Agencia

DHS 1348, REV. 10/2016

Distribución: Original a OARA
Copias al Cliente y Expediente del Caso