

## SU DERECHO A UNA AUDIENCIA

1. Usted tiene derecho a solicitar una conferencia con el Condado para hablar acerca de esta acción. En la conferencia, usted puede hablar por sí mismo o alguien más (un abogado, un familiar, una amistad, u otra persona) puede hablar por usted. Si quiere una conferencia, comuníquese con el Condado.
2. Ya sea que solicite una conferencia o no, también tiene derecho a pedir una audiencia si usted no está de acuerdo con cualquier acción del Condado. Solamente tiene 90 días para pedir una audiencia. Los 90 días empiezan el día después de que el Condado le entregó o le envió por correo esta notificación.
3. Si solicita una audiencia antes de que entre en vigor una acción en relación a sus beneficios del Programa de Servicios de Apoyo en el Hogar (IHSS), sus servicios continuarán hasta que se lleve a cabo la audiencia. Si solicita una audiencia (en buena fe), no tendrá que reembolsar cualquier cantidad de dinero que reciba por los servicios que reciba mientras se lleve a cabo la audiencia, aunque la decisión de la audiencia determine que el Condado estaba en lo justo al tomar esa acción.
4. Puede solicitar una audiencia en persona o por escrito. Tiene que decir que quiere una audiencia y tiene que decir cuál es la razón o razones que la solicita.
5. Puede solicitar una audiencia usted mismo o puede pedirle al Condado que le ayude a pedirla. De cualquier manera, debe decírselo a su trabajador lo más pronto posible.
6. En una audiencia, usted puede hablar por sí mismo o alguien más (un abogado, un familiar, una amistad u otra persona) puede hablar en su lugar. Puede recibir asesoramiento legal gratuito en la oficina local de asesoramiento legal o en la oficina de defensa de los derechos relacionados a la asistencia pública. Para obtener información acerca de asesoramiento legal, llame al número gratuito mencionado en esta página.
7. Si no quiere ir a la audiencia solo, puede traer a un familiar, una amistad u otra persona.
8. En su oficina local de IHSS puede repasar los ordenamientos acerca de las audiencias.
9. Divulgación de información: De acuerdo a la ley Estatal, la información que usted da para solicitar una audiencia es obligatoria para procesar su solicitud. Se establecerá un expediente para la audiencia y usted tiene el derecho de examinar la información en el expediente. Cualquier información que usted proporcione puede ser compartida con el Condado o con el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos.

**PARA SOLICITAR UNA AUDIENCIA:**

Complete esta página.  
Haga una copia de ambos lados de esta página para sus expedientes. Si la pide, su trabajador le dará una copia de esta página. Envíe esta página a:

California Department of Social Services, State Hearings Division, P.O. Box 944243  
Mail Station 8-16-50  
Sacramento, CA 94244-2430

O, llame gratuitamente al: 1-800-952-5253. Las personas con problemas de audición o del habla, que usan TDD\*, pueden llamar al 1-800-952-8349.

**PETICIÓN PARA UNA AUDIENCIA**

Deseo solicitar una audiencia porque no estoy de acuerdo con la acción del Condado relacionada a mis servicios sociales. La razón es la siguiente

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Si necesita más espacio, marque la casilla y adjunte otra hoja.

Necesito que el Estado me proporcione un intérprete gratuitamente. (Un familiar o un amigo no puede actuar como intérprete de usted en la audiencia.)

Mi idioma o dialecto es el:

\_\_\_\_\_

\*TDD: aparato de telecomunicaciones que usan las personas sordas o con problemas del habla

**PERSONA A QUIEN LE NEGARON, CAMBIARON, O DESCONTINUARON LOS BENEFICIOS**

\_\_\_\_\_  
# Teléfono

\_\_\_\_\_  
Dirección

\_\_\_\_\_  
Ciudad Estado Código Postal

\_\_\_\_\_  
Firma Fecha

**NOMBRE DE LA PERSONA QUE COMPLETA ESTE FORMULARIO**

Quiero que la persona nombrada a continuación me represente en esta audiencia. Doy permiso para que esta persona vea mis expedientes o vaya a la audiencia por mí. (Esta persona puede ser un amigo o familiar, pero no puede actuar como su intérprete.)

\_\_\_\_\_  
Nombre

\_\_\_\_\_  
# Teléfono

\_\_\_\_\_  
Dirección

\_\_\_\_\_  
Ciudad Estado Código postal