

744 P Street  
Sacramento, CA 95814  
800-952-5253

Número del caso \_\_\_\_\_

Oficina de distrito \_\_\_\_\_

Trabajador encargado del caso \_\_\_\_\_

Número de Seguro Social \_\_\_\_\_

**Petición para una audiencia con el estado  
ante el  
Departamento de Servicios Sociales de California**

El Código de Bienestar Público e Instituciones estipula que una petición para una audiencia con el estado ante el Departamento de Servicios Sociales de California se tiene que presentar antes de que pasen 90 días a partir de la acción con la cual el solicitante o el beneficiario no está satisfecho (sección 10951).

-----

Yo, \_\_\_\_\_, con domicilio en \_\_\_\_\_  
(Nombre)

\_\_\_\_\_  
(Dirección)

Casa \_\_\_\_\_ Trabajo \_\_\_\_\_  
(Teléfono)

por medio de la presente solicito una audiencia con el estado ante el Departamento de Servicios Sociales de California debido a la acción que tomó el Condado de \_\_\_\_\_ en relación a mi solicitud para beneficios, o a los beneficios que ya recibo, de \_\_\_\_\_  
(Programa de asistencia)

Las razones que tengo para solicitar una audiencia con el estado son las siguientes: \_\_\_\_\_

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

Firmado \_\_\_\_\_ en \_\_\_\_\_  
(Firma) (Fecha)