

Commonwealth of Virginia
Departamento de servicios sociales

Para **Hearing and Legal Services Manager**
Virginia Department of Social Services
5600 Cox Road
Glen Allen, Virginia 23060

| |
|----------------------------|
| Condado/Ciudad |
| Número de caso |
| Nombre |
| Dirección |
| Ciudad, Estado, código Zip |

Apelación al Departamento de Servicios Sociales del Estado

Mi apelación es en relación a los siguiente(s) programa(s):

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Subvenciones auxiliares (Auxiliary Grants) | <input type="checkbox"/> Asistencia en efectivo para refugiados (Refugee Cash Assistance) |
| <input type="checkbox"/> Programa de subsidio para cuidado infantil | <input type="checkbox"/> Asistencia médica para refugiados (Refugee Medical Assistance) |
| <input type="checkbox"/> Asistencia energética (limitado a los puntos con un asterisco "**") | <input type="checkbox"/> Programa de asistencia nutricional suplementaria (SNAP) |
| <input type="checkbox"/> Alivio general (General Relief) | <input type="checkbox"/> Asistencia temporal para familias necesitadas (TANF) |
| <input type="checkbox"/> Programa de Pago de Porcentaje de Ingresos (PIPP) | <input type="checkbox"/> Otros _____ |

Para que sean válidas/oportunas, las apelaciones de SNAP deben recibirse dentro de los 90 días posteriores a la notificación por escrito de la decisión de la agencia local. Todas las demás solicitudes de apelación deben recibirse dentro de los 30 días posteriores a la notificación por escrito de la decisión de la agencia local. Todas las solicitudes de apelación deben cumplir con los plazos apropiados según lo exige la ley. No es necesario que una solicitud de apelación para SNAP o TANF se haga por escrito. La solicitud de apelación para SNAP o TANF puede ser oral.

Atención:

Por la presente yo solicito que se revise la acción (propuesta) por el Departamento de Servicio Sociales en el Condado/Ciudad de: _____
 por la razón(es) marcadas abajo:

| | | | |
|---|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Negativa a tomar mi solicitud de asistencia o servicios* | <input type="checkbox"/> Negativa a recibir mi solicitud de beneficios SNAP | <input type="checkbox"/> Declararme no elegible para recibir asistencia o servicios* | <input type="checkbox"/> Declarar a mi hogar no elegible o declarar a algunos miembros del hogar no elegibles para los beneficios SNAP |
| <input type="checkbox"/> Suspender mi asistencia o servicios | <input type="checkbox"/> No dar servicio expedito en mi caso SNAP | <input type="checkbox"/> Suspender mi asistencia o servicios* | <input type="checkbox"/> Cancelar mis beneficios SNAP |
| <input type="checkbox"/> No actuar sobre mi solicitud de un aumento de mi asistencia o servicios que fue realizada en: _____ Fecha | <input type="checkbox"/> Disminuir la cantidad de mi beneficio SNAP | <input type="checkbox"/> No emitir una decisión sobre mi solicitud de asistencia o beneficios SNAP dentro del plazo límite permitido.* La solicitud fue realizada en: _____ Fecha | |
| <input type="checkbox"/> Otorgarme asistencia insuficiente por \$ _____ | <input type="checkbox"/> No ajustar el monto del pago mensual de mi cliente PIPP | <input type="checkbox"/> Disminuir mi asistencia desde \$ _____ para: \$ _____ <input type="checkbox"/> Disminuir mis servicios _____ Desde _____ días/horas a _____ días/horas | |

Otro (explique) _____

Yo creo que soy elegible para recibir asistencia, servicios o beneficios SNAP o para un aumento en la asistencia o servicios o un ajuste en mis beneficios SNAP porque:

Yo entiendo que toda asistencia y/o beneficios SNAP recibidos hasta que se entregue la decisión de la audiencia deben ser devueltos a la agencia si la decisión de la audiencia apoya la acción propuesta por la agencia.

Yo deseo que mis beneficios SNAP continúen hasta que se haya dictado la decisión de la audiencia: Sí No

Yo deseo que mi asistencia o servicios continúen hasta que se haya dictado la decisión de la audiencia: Sí No

| | |
|--|---|
| He recibido una notificación escrita del Departamento de Servicios Sociales en (fecha) | Nombre/Dirección/Teléfono del representante legal del Demandante (si se seleccionó uno) |
| Firma del demandante | Fecha |