HOME AND COMMUNITY SERVICES (HCS)
AREA AGENCY ON AGING (AAA)

NOTIFICACIÓN DE ACCIÓN PLANEADA DE HCS/AAA

HCS/AAA PLANNED ACTION NOTICE

PROGRAMA
Nº DE CASO

1. Su solicitud fue:
   - ☐ Aprobada
   - ☐ Denegada
   - ☐ Retirada
2. Sus servicios fueron:
   - ☐ Reducidos
   - ☐ Terminados
   - ☐ Suspendidos
   - ☐ Cambiados

FECHA DE COMIENZO* (VER INSTRUCCIONES ABAJO):

Estimado/a:

1. La acción o acciones tomadas son:

Esta acción está basada en WAC(s) (liste todos los WAC pertinentes):
Se toman estas acciones debido a:

Usted tiene derecho a pedir una Audiencia Imparcial, si no está de acuerdo con esta acción. Usted tiene noventa (90) días desde la fecha en que recibe esta notificación para solicitar la audiencia. Para pedir una Audiencia Imparcial, puede escribir a OFFICE OF ADMINISTRATIVE HEARINGS, PO BOX 42489, OLYMPIA WA 98504-2489.

Si actualmente usted está recibiendo beneficios por medio del programa mencionado anteriormente, **usted puede ser elegible para la CONTINUACIÓN DE LOS BENEFICIOS, si solicita una Audiencia Imparcial antes de la "FECHA DE COMIENZO*, mencionada anteriormente.** Si el Departamento gana la audiencia, usted habrá recibido un sobrepago de beneficios durante este periodo, el cual deberá reembolsar. Si usted no desea tener una CONTINUACIÓN DE BENEFICIOS , debe notificarlo por escrito a la persona que le envió esta carta.

Usted también tiene los siguientes derechos: 1) ser representado; 2) ser elegible para recibir asistencia legal gratis; 3) examinar sus legajos; 4) compeler a testigos a asistir; 5) presentar declaraciones de personas que no pueden asistir; 6) tener una discusión anterior a la audiencia; y 7) apelar a la decisión de la Audiencia Imparcial. Para mayor información, solicite un folleto DSHS 22-092(X)) a la persona que firma esta carta. Si lo desea, llame:

_____

Atentamente,

_____
FECHA Y FIRMA DEL FUNCIONARIO DE SERVICIOS SOCIALES
o ADMINISTRADOR DEL CASO

NOMBRE Y DIRECCIÓN DE HCS/AAA

INSTRUCTIONS TO STAFF: When determining the EFFECTIVE DATE of this planned action, allow a minimum of 15 days from the date of mailing this letter to the client as your EFFECTIVE DATE of this action and as your SSPS C.E.D.

DISTRIBUTION: White - Client Yellow - File