

## Sección a ser llenada por el Departamento de Servicios Humanos (DHS) o la Autoridad de Salud de Oregon (OHA)

Date of notice:  / /	Date <b>Received</b> by DHS or OHA: <i>(can be oral for SNAP and Medical programs)</i>  / /	Program:	Cost center/branch #:	Case number:	Worker ID:
----------------------------	--	----------	-----------------------	--------------	------------

Is claimant English speaking? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No If no, claimant understands:	Alternate format? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Braille <input type="checkbox"/> Audio tape <input type="checkbox"/> Large print	If "yes," please specify: <input type="checkbox"/> Diskette <input type="checkbox"/> Oral presentation
--	---	---

## Sección a ser llenada por el reclamante o su representante

Si desea solicitar una audiencia respecto a servicios monetarios, de cuidado infantil o médicos (procedimientos o medicamentos específicos), usted o su representante deberán llenar el presente formulario. Este formulario también puede utilizarse para solicitar una audiencia respecto a programas médicos o beneficios alimentarios, pero no es obligatorio. Un empleado del DHS o de la OHA puede ayudarle a llenar este formulario.

Nombre del reclamante:	Número de teléfono:  - -	No. de teléf. para dejar mensajes:  - -	Correo electrónico (opcional)
------------------------	--------------------------------	---	-------------------------------

Dirección:	Ciudad:	Estado:	Cód. postal:
------------	---------	---------	--------------

Nombre de abogado o representante:	Número de teléfono:  - -
------------------------------------	--------------------------------

Dirección:	Ciudad:	Estado:	Cód. postal:
------------	---------	---------	--------------

Solicito una audiencia porque no estoy de acuerdo con la decisión de  Anular  Reducir mis beneficios  
 Denegar  Cobrarme un sobrepago  Otro:

<input type="checkbox"/> Recibí un aviso escrito en el que se denegaba mi solicitud o se reducían o se <input type="checkbox"/> No recibí anulaban mis beneficios.	<b>Fecha del aviso:</b> / /
---	--------------------------------

Audiencia solicitada para:  SNAP (*Beneficios alimentarios*)  Cuidado infantil  TANF (*Efectivo*)  Otro:  
 Cuidado de largo plazo  Violencia doméstica  Programa médico  Servicio médico (*procedimiento o medicamento*)

Explique brevemente por qué no está de acuerdo.

**Lea la "parte 3" al dorso del presente formulario sobre audiencias expeditivas.**

Marque esta casilla si satisface los requisitos para una audiencia expeditiva.

**Antes de contestar esta pregunta, lea la "parte 2" al dorso del presente formulario.**

¿Desea que sus beneficios sigan siendo los mismos (que no se disminuyan o se anulen) mientras espera la audiencia?  
 Sí  No (*Nota: Sus beneficios podrían cambiar si algún otro acontecimiento afectase la cantidad.*)

**Un Juez en Derecho Administrativo (Administrative Law Judge) podría celebrar la audiencia por teléfono.**

En una audiencia telefónica, el Juez en Derecho Administrativo participa por teléfono. El cliente puede estar en la sucursal o en otro lugar. Entiendo que se me pedirá participar en una conferencia informal con un representante de la agencia.

Firma del reclamante (o de su representante):	No. de Seguro Social del reclamante o No. de caso:	Fecha:
---	--	--------

El Departamento de Servicios Humanos (DHS) y la Autoridad de Salud de Oregon (OHA) tienen autorización para pedirle su número de Seguro Social (*Social Security Number* o SSN) bajo 42 USC 1320b-7(a) y (b), 7 USC 2011-2036, 42 CFR 435.910, 42 CFR 435.920, 42 CFR 457.340(b) y OAR 461-120-0210. Se utilizará su SSN para ubicar su expediente y registros. La presentación del SSN es voluntaria.

## Sección a ser llenada por el DHS o la OHA

DHS representative for this matter:	Date:  - -	Issue code:	Telephone number:  - -
Issue resolved at branch level? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	<b>Ordered issued:</b> <input type="checkbox"/> Client withdraw <input type="checkbox"/> Agency withdraw <input type="checkbox"/> Dismissal		

## Sus derechos de audiencia

### Lo que usted puede hacer si no está de acuerdo con esta decisión:

- Tiene el derecho de disputar esta decisión solicitando una audiencia. La Oficina de Audiencias Administrativas (*Office of Administrative Hearings*), entidad independiente del Departamento de Servicios Humanos (DHS) y de la Autoridad de Salud de Oregon (OHA), es la encargada de celebrar las audiencias. **Si usted desea que se celebre una audiencia, debe solicitarla dentro del plazo establecido.**
- También puede hablar con uno de los *managers* (gerentes). Puede llamar al número de la oficina local listado en <http://www.oregon.gov/dhs/localoffices/localoffices.pdf>. El plazo para solicitar una audiencia (*parte 1 abajo*) no cambiará incluso si usted se contacta con un *manager* o intenta comunicarse con él. Si necesita más ayuda, puede comunicarse con la Oficina de Defensoría del Gobernador (*Governor's Advocacy Office*) al 1-800-442-5238.

---

### Parte 1 — Solicitud de audiencia

**¿Cómo solicito una audiencia?** Para solicitar una audiencia respecto a beneficios alimentarios y a la elegibilidad para programas médicos puede emplear el formulario MSC 0443, solicitarla por teléfono, por escrito o en persona a un empleado del DHS. En el caso de otros beneficios, deberá llenar el formulario MSC 0443, Solicitud de Audiencia Administrativa (*Administrative Hearing Request*), y remitirlo a la oficina del DHS o de la OHA. Puede obtener dicho formulario en cualquiera de las oficinas del DHS o de la OHA o por Internet en <https://apps.state.or.us/Forms/Served/me0443.pdf>. La oficina local puede ayudarle a solicitar una audiencia. Usted puede solicitar una audiencia en cualquier momento si no está de acuerdo con la cantidad actual de sus beneficios alimentarios. Dispone de 90 días para solicitar una audiencia respecto a beneficios alimentarios, elegibilidad para programas médicos y reducciones de TANF por no cooperar con el plan de su caso. En otras circunstancias, el DHS deberá recibir su solicitud dentro de los 45 días a partir de la fecha del aviso.

**Aviso al personal militar:** Los miembros del servicio activo gozan del derecho de sobreesimiento (aplazamiento) en virtud de la Ley federal de Amparo Civil para Miembros de las Fuerzas Armadas (*Servicemembers Civil Relief Act* o SCRA). Para obtener más información, puede comunicarse con el Colegio de Abogados de Oregon (*Oregon State Bar*) al 800-452-8260, el Departamento de las FF.AA. de Oregon (*Oregon Military Department*) al 800-452-7500, o la oficina de ayuda legal más cercana, [legalassistance.law.af.mil](http://legalassistance.law.af.mil).

**¿Quién puede ayudarme con la audiencia?** En el caso de beneficios alimentarios y programas médicos, cualquier persona puede representarle. En los demás programas, usted mismo debe representarse o ser representado por un abogado o asistente legal (supervisado por un abogado de Legal Aid). Puede llamar a la Línea de Beneficios Públicos (*Public Benefits Hotline*) —programa de Legal Aid Services of Oregon y Oregon Law Center— al 1-800-520-5292 para asesorarse y posiblemente obtener representación legal.

**¿Qué otros derechos tengo respecto a la audiencia?** En la audiencia, usted puede explicar por qué no está de acuerdo con la decisión. Puede presentar a personas que testifiquen a su favor. Las leyes relativas a sus derechos de audiencia y el proceso de audiencia se sustentan en OAR 137-003-0501 a 0700, 410-120-1860, 410-141-0264, 461-025-0300 a 0375, ORS 183.411 a 183.470 y ORS 411.095.

**¿Qué sucede si no hay una audiencia?** Si usted no solicita una audiencia dentro del plazo establecido, o si retira su solicitud de audiencia o no asiste a ésta, podría perder su derecho a una audiencia. Este aviso será la decisión definitiva del Departamento de Servicios Humanos (DHS) o de la Autoridad de Salud de Oregon (OHA) denominado "*final order by default*" (orden definitiva por incumplimiento). No recibirá un aviso de orden definitiva por incumplimiento aparte. El expediente del caso, junto con todos los materiales que usted haya presentado para este asunto, constituye el acta. El DHS emplea el acta para sustentar su decisión definitiva por incumplimiento. Usted puede apelar la decisión definitiva por incumplimiento presentando una petición en el Tribunal de Apelaciones de Oregon (*Oregon Court of Appeals*) (ORS 183.482). Si usted no solicita una audiencia, deberá solicitar la apelación dentro de los 60 días de la fecha en que el aviso se convierta en decisión definitiva por incumplimiento. Si usted retira su solicitud de audiencia o si no se presenta a ella, el plazo de la apelación se indicará en la orden de rechazo (*dismissal order*).

---

### Parte 2 — ¿Cómo puedo seguir recibiendo beneficios hasta que se celebre la audiencia?

- Puede pedir que sus beneficios no cambien hasta el fallo de la audiencia ("*continuación de beneficios*"). En el caso de beneficios alimentarios y médicos, emplee el formulario MSC 0443, haga su solicitud por teléfono, por escrito o en persona a un empleado del DHS. En el caso de otros programas, deberá hacer su solicitud en el formulario de Solicitud de Audiencia Administrativa (MSC 0443).
- Deberá pedir a la sucursal que continúe sus beneficios ya sea antes de la fecha de entrada en vigencia ("*effective date*") del aviso, al cabo de los 10 días de la fecha del aviso o (en el caso de beneficios médicos únicamente) dentro de los 10 días de haber recibido el aviso. Debe presentar su pedido antes de que se venza el plazo más largo.
- Si usted continúa recibiendo beneficios, pero pierde en la audiencia, tendrá que pagar los beneficios que no debería haber recibido.
- Si no continúa recibiendo beneficios y gana en la audiencia, el DHS o la OHA le darán los beneficios que debería haber recibido.

---

### Parte 3 — ¿Puedo obtener una audiencia expeditiva?

Usted podría tener derecho a una "audiencia expeditiva" en el caso de cualquiera de los beneficios o situaciones siguientes:

- Beneficios alimentarios expeditivos o de emergencia
- Pagos de JOBS y Pre-TANF
- Elegibilidad para asistencia temporal para sobrevivientes de la violencia doméstica (*Temporary Assistance for Domestic Violence Survivors* o TA-DVS) y pagos afines
- En un caso médico, si usted tiene una necesidad inmediata de servicios médicos y el cronograma estándar del proceso apelativo pudiese poner en peligro su vida o su habilidad de lograr, mantener o recobrar sus funciones máximas
- El DHS o la OHA denegaron su solicitud de seguir recibiendo beneficios hasta que se celebre la audiencia.

Ni el DHS ni la OHA discriminarán a nadie. Eso significa que el DHS y la OHA ayudarán a todas las personas que sean elegibles y que no tratarán a nadie de forma distinta debido a su edad, raza, color, procedencia nacional, sexo, religión, ideas políticas, discapacidad u orientación sexual. Puede presentar una queja si considera que el DHS o la OHA le han tratado de forma distinta por cualquiera de estos motivos.