NOTIFICACIÓN SOBRE LA DECISIÓN DE LA AUDIENCIA DE LA ASISTENCIA GENERAL

Fecha:
Número del caso:
Fecha de la audiencia:
Participante(s) de la audiencia:

A. RAZÓN DE LA ACCIÓN PROPUESTA

Una decisión inicial de terminar/reducir (marque una) sus pagos de la Asistencia General fue tomada en base a lo siguiente:

Explicación:
_____

_____

_____

_____

B. NÚMEROS DE ORDENANZA DE LA ASISTENCIA GENERAL QUE APOYAN ESTA ACCIÓN PROPUESTA

_____

_____

C. APLAZAMIENTO

Su audiencia ha sido aplazada para _____ (fecha). Usted deberá presentar en la audiencia lo siguiente:

9 Comprobante del Proyecto Laboral (Workfare) (ABP 811) 9 Comprobante de empleo (ABP 192) 9 Recibo de compra por gastos laborales

9 Comprobante de Inscripción Laboral (ABP 589) 9 Comprobante Médico (ABP 1676P) 9 Comprobante de inscripción es en _____

9 Comprobante de Solicitud de SSI 9 Comprobante de la solicitud de reconsideración de SSI 9 Comprobante de progreso en _____

9 Recibo de alquiler 9 Otro
_____

D. PRUEBAS PRESENTADAS EN LA AUDIENCIA

Además de toda el acta del caso que fue ingresada como prueba, ocurrió lo siguiente en la audiencia:

1. Pruebas orales

Nombre _____ Relación con el caso
_____

Lo que la persona dijo:

_____
_____
_____

_____
_____
_____

ABP 1768 S (REV. 2/99)

Testigo _____ Relación con el caso _____

Lo que la persona dijo:
_____
_____

_____
_____

_____
_____

2. Pruebas por escrito

a.	Documentos DPSS		SI	NO	Fecha del documento
	PA 1325 entry _____	( )	( )	( )	
	AGCMS 2214 _____	( )	( )	( )	
	ABP 898-16 _____	( )	( )	( )	
	ABP 1676 _____	( )	( )	( )	
	ABP 811	( )	( )	( )	_____
	_____		( )	( )	_____
	_____		( )	( )	_____

b.	Otras pruebas por escrito	Fecha del documento
	_____	_____

_____ _____

_____ _____

_____ _____

E. DECISIÓN DEL OFICIAL DE LA AUDIENCIA/ADMINISTRADOR DEL CASO GROW

He tomado la siguiente decisión respecto de la acción original:

1. Se sustenta la acción porque:

a. ( ) Usted no se presentó a la audiencia programada.

b. ( ) Usted no presentó información o pruebas en la audiencia que demostraran que la acción del Condado fue incorrecta.

2. ( ) Esta acción requiere que nuestros beneficios de Asistencia General sean modificados a partir de _____ a $ _____.

3. ( ) La acción de terminación o reducción fue revocada porque la información o las pruebas que usted presentó en la audiencia tuvieron mayor peso que la información o las pruebas presentadas por el Condado. Su Asistencia General volverá al siguiente monto $ _____.

F. APLICACIONES FUTURAS

1. ( ) Si usted todavía tiene necesidad de la Asistencia General, usted puede solicitarla nuevamente el _____(fecha).

2. ( ) Se aplica una multa porque usted no cumplió con los requisitos de empleo sin una buena razón. Usted y su familia no son elegibles para la Asistencia General.

La primera vez que usted no cumpla con los requisitos, su Asistencia General será denegada/terminada y usted puede solicitarla de nuevo inmediatamente. La segunda vez que usted no cumpla, usted no será elegible por 30 días. La tercera vez que usted no cumpla, usted no será elegible por 60 días.

3. Otro _____

_____

_____

G. REVISIÓN DE LAS ORDENANZAS

Usted tiene el derecho de leer las ordenanzas específicas utilizadas para determinar esta decisión. Si usted quiere leer u obtener copias de las ordenanzas nombradas anteriormente en la Sección B, pídale ayuda al Oficial de la Audiencia/Administrador del Caso GROW.

H. PROCEDIMIENTOS PARA PRESENTAR QUEJAS

Si usted cree que la decisión es incorrecta,_____

(NOMBRE)
a quien puede llamar al _____ estudiará su queja con usted, como lo requiere la
(TEL. No DE EXTENSIÓN)
Ordenanza 40-108.3 de la Asistencia General.

_____

_____

OFICIAL DE LA AUDIENCIA/ADMINISTRADOR DEL CASO FECHA

Distribución

Copia Blanca - Recipiente de GR
Copia Amarilla - Archivo de Caso
Copia Rosa - Recipiente de GR

Filing: Active, Employability or GROW Folder
Retention: Permanent