IDAHO DEPARTMENT OF HEALTH & WELFARE

Solicitud Para Una Audiencia Imparcial

HW0406S | Revised 3/2016

Usted tiene el derecho a solicitar una audiencia si está en desacuerdo con la acción del Departamento. Usted tiene 90 días para solicitar una audiencia para Cupones de Alimentos y 30 días para todos los otros programas, tales como Cuidado de la salud (*Health Coverage Assistance)*, Asistencia monetaria de Ayuda a los ancianos, ciegos e incapacitados (*Aid to the Aged, Blind or Disabled Cash)*, Asistencia de cuidado de niños (*Idaho Child Care), y Ayuda temporaria para familias en Idaho (Temporary Assistance for Families in Idaho)*. Estos plazos comienzan a partir de la fecha en que el Departamento le dio o envió un aviso.

Cómo utilizar este formulario

1) Complete los siguientes campos

2) Envíe su formulario de solicitud completado usando uno de los siguientes métodos:

Correo:	P.O. Box 83720, Boise, ID 83720-0026
Fax:	866-434-8278 (sin cargo)
Email:	mybenefits@dhw.idaho.gov
Entrega en una Oficina Local:	Visite nuestro sitio de Internet healthandwelfare.idaho.gov o llame al 877-456-1233 para encontraruna oficina local.

Seleccione el programa

No estoy de acuerdo con la decisión del Departamento sobre mi elegibilidad para los siguientes programas:

☐ Cupones de Alimentos	☐ Cuidado de la salud (*Health Coverage Assistance*, HCA)	☐ Crédito fiscal para el Seguro de Salud (*Advance Payment of Premium Tax Credit*, APTC)
☐ Asistencia monetaria de Ayuda a los ancianos, ciegos e incapacitados (*Aid to the Aged, Blind, or Disabled*, AABD Cash)	☐ Asistencia de cuidado de niños (*Idaho Child Care Program*, ICCP)	☐ Ayuda temporaria para familias en Idaho (*Temporary Assistance for Families in Idaho*, TAFI)
☐ Programa de asistencia para servicios de telecomunicaciones de Idaho (*Idaho Telephone Service Assistance Program*, ITSAP)		☐ Asistencia con la energía

Describa su desacuerdo

Explique por qué está en desacuerdo con la decisión del Departamento.

Elija continuar con o suspender los beneficios

☐ **Quiero seguir recibiendo los beneficios hasta la audiencia.** Entiendo que si el oficial de la audiencia está de acuerdo con la decisión del Departamento voy a tener que pagar el valor de los beneficios recibidos entre el tiempo que el Departamento tomó la decisión y la decisión de la audiencia. Usted tiene que solicitar la continuidad de los beneficios dentro un plazo de 10 días a partir de la fecha en que el Departamento le dio o envió un aviso.

☐ **No quiero seguir recibiendo los beneficios hasta la audiencia**. Si el oficial de la audiencia no está de acuerdo con la decisión del Departamento, entonces voy a recibir los beneficios a los que tengo derecho.

Indique su información de contacto

Primer nombre	Segundo nombre	Apellido	Fecha de nacimiento	Número de caso

Dirección de correo	Cuidad	Estado	Código postal

Correo electrónico	Teléfono durante el día

Inclyue su firma

(Se requiere su firma para todas las solicitudes de apelación del programa *Cuidado de la salud*)

Firma (del participante o un representante autorizado) _____ Fecha _____