



**Comunicarse con el Departamento**

<b>Correo:</b>	P.O. Box 83720, Boise, ID 83720-0026
<b>Teléfono:</b>	1-877-456-1233 or 1-208-332-7205 (TTY)
<b>Fax:</b>	866-434-8278 (Toll Free)
<b>Email:</b>	mybenefits@dhw.idaho.gov

## Solicitud y derechos para una Audiencia Imparcial

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 para los Ancianos, Ciegos o Discapacitados (Cash Assistance for the Aged, Blind or Disabled), Asistencia de cuidado de niños (Idaho Child Care), y Ayuda temporal 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.

Por favor tenga en cuenta que una evaluación de elegibilidad será llevada a cabo para todos los miembros de la familia en el momento que sea considerada esta apelación. Para solicitar una audiencia o una referencia de ayuda legal, llame al **(877) 456-1233** o envíenos un correo electrónico a **mybenefits@dhw.idaho.gov**. En la audiencia, usted puede representarse a sí mismo, utilizar asesoría legal, un familiar, un amigo u otro portavoz.

Si usted cree que ha sido discriminado por razón de edad, color, discapacidad, origen nacional, sexo, religión, raza o credo político, consulte la segunda página de esta solicitud para obtener información.

**Complete la siguiente información y envíela al Departamento para solicitar una audiencia. Si usted tiene preguntas o desea presentar una audiencia por teléfono, comuníquese con nosotros al (877) 456-1233.**

### Su información de contacto

Primer nombre	Segundo nombre	Apellido	Fecha de nacimiento	Número de caso
Dirección de correo			Ciudad	Estado
				Código postal
Email			Teléfono durante el día	

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

- Cupones de Alimentos
- Asistencia monetaria para los Ancianos, Ciegos o Discapacitados (*Cash Assistance for the Aged, Blind or Disabled, AABD Cash*)
- Cuidado de la salud (*Health Coverage Assistance, HCA*)
- Asistencia de cuidado de niños (*Idaho Child Care Program, ICCP*)
- Crédito fiscal para el Seguro de Salud (*Advance Payment of Premium Tax Credit, APTC*)
- Ayuda temporal para familias en Idaho (*Temporary Assistance for Families in Idaho, TAFI*)
- Otro: \_\_\_\_\_

### Elija continuar o suspender los beneficios

*Los beneficios de cuidado de niños no podrán ser continuados.*

- Quiero continuar 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 debe solicitar la continuidad de los beneficios dentro de 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.

### Explique por qué no está de acuerdo con la decisión del Departamento:

# Derechos y servicios adicionales disponibles para usted

**IMPORTANTE: El Departamento de Salud y Bienestar le ofrece los siguientes servicios sin costo; para comunicarse más efectivamente con nosotros por favor pregunte si necesita la siguiente asistencia:**

- \*Ayuda en la comprensión de esta solicitud
- \*Arreglo especial por una discapacidad
- \*Interprete de idioma

**Para acceder a cualquiera de estos servicios, llame al: (877) 456-1233 o para aquellas personas con discapacidad auditiva (800) 377-3529.**

En cumplimiento con la ley federal, la política del Departamento de Agricultura de los Estados Unidos (USDA) y del Departamento de Salud y Servicios Humanos (HHS), el Departamento tiene prohibido discriminar, excluir a las personas, o tratarlos de manera diferente de acuerdo a su raza, color, origen nacional, sexo, edad o discapacidad. La discriminación con base en la religión y creencias políticas también está prohibida bajo el Acto de Cupones de Alimentos y la política del Departamento de Agricultura de los Estados Unidos. Si usted cree que ha sido discriminado, comuníquese con el HHS (Departamento de Salud y Servicios Humanos), USDA (Departamento de Agricultura de los Estados Unidos) o IDHW (Departamento de Salud y Bienestar de Idaho) en:

U.S. Department of Health and Human Services  
Room 506F, 200 Independence Ave, SW  
Washington, D.C. 20201  
(800) 368-1019 (Voz)

USDA Office of Adjudication  
1400 Independence Ave. S.W.  
Washington, D.C. 20250-9410  
(800) 795-3272 (Voz)  
(800) 877-8339 (TTY)

Idaho Department of Health and Welfare  
Civil Rights Manager  
P.O. Box 83720  
Boise, ID 83720-0036

Para más información sobre la política de no discriminación del Departamento de Salud y Bienestar, visite nuestro sitio web:

[healthandwelfare.idaho.gov/AboutUs/Discrimination.aspx](http://healthandwelfare.idaho.gov/AboutUs/Discrimination.aspx)

Español (Spanish)	ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-800-926-2588 (TTY: 1-208-332-7205).
繁體中文 (Chinese)	注意：如果您使用繁體中文，您可以免費獲得語言援助服務。請致電 1-800-926-2588 (TTY: 1-208-332-7205)。
Srpsko-hrvatski (Serbo-Croatian)	OBAVJEŠTENJE: Ako govorite srpsko-hrvatski, usluge jezičke pomoći dostupne su vam besplatno. Nazovite 1-800-926-2588 (TTY- Telefon za osobe sa oštećenim govorom ili sluhom: 1-208-332-7205).
한국어 (Korean)	주의: 한국어를 사용하 시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 1-800-926-2588 (TTY: 1-208-332-7205)번으로 전화해 주십시오.
नेपाली (Nepali)	ध्यान दिनुहोस्: तपाईंले नेपाली बोल्नुहुन्छ भने तपाईंको निम्ति भाषा सहायता सेवाहरू नि:शुल्क रूपमा उपलब्ध छ । फोन गरनुहोस् 1-800-926-2588 (टिडिवाइ: 1-208-332-7205) ।
Tiếng Việt (Vietnamese)	CHÚ Ý: Nếu bạn nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Gọi số 1-800-926-2588 (TTY: 1-208-332-7205).
العربية (Arabic)	ملحوظة: إذا كنت تتحدث اذكر اللغة، فإن خدمات المساعدة اللغوية متوفرة لك بالمجان. اتصل برقم 2588-926-800-1 (رقم هاتف الصم والبكم: 7205-332-208-1).
Deutsch (German)	ACHTUNG: Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlos sprachliche Hilfsdienstleistungen zur Verfügung. Rufnummer: 1-800-926-2588 (TTY: 1-208-332-7205).
Tagalog (Tagalog/Filipino)	PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, maaari kang gumamit ng mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad. Tumawag sa 1-800-926-2588 (TTY: 1-208-332-7205).
Русский (Russian)	ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните 1-800-926-2588 (телетайп: 1-208-332-7205).
Français (French)	ATTENTION: Si vous parlez français, des services d'aide linguistique vous sont proposés gratuitement. Appelez le 1-800-926-2588 (TTY: 1-208-332-7205).
日本語 (Japanese)	注意事項：日本語を話される場合、無料の言語支援をご利用いただけます。1-800-926-2588 (TTY:1-208-332-7205) まで、お電話にてご連絡ください。
Română (Romanian)	ATENȚIE: Dacă vorbiți limba română, vă stau la dispoziție servicii de asistență lingvistică, gratuit. Sunați la 1-800-926-2588 (TTY: 1-208-332-7205).
Ikirundi (Bantu-Kirundi)	ICITONDERWA: Nimba uvuga Ikirundi, uzohabwa serivisi zo gufasha mu ndimi, ku buntu. Woterefona 1-800-926-2588 (TTY: 1-208-332-7205).
فارسی (Farsi)	توجه: اگر به زبان فارسی گفت؟ گو می کنید، تسهیلات زبانی بصورت رایگان 2588-926-800-1 (TTY: برای شما بگنید تماس 1-208-332-7205) باشد م؟ ی ف