



## PROGRAMA SUPLEMENTARIO DE COMESTIBLES BÁSICOS (CSFP) SOLICITUD PARA REUNIÓN INFORMAL DE RESOLUCIÓN DE DISPUTAS / AUDIENCIA IMPARCIAL

### INFORMACIÓN DEL CLIENTE

NOMBRE DEL CLIENTE \_\_\_\_\_ FEC. NAC. \_\_\_\_\_

DIRECCIÓN (Núm., Calle) \_\_\_\_\_

CIUDAD \_\_\_\_\_ ESTADO \_\_\_\_\_ CÓDIGO POSTAL \_\_\_\_\_ NÚM. DE TEL. \_\_\_\_\_

NOMBRE DEL SITIO DE DISTRIBUCIÓN \_\_\_\_\_

DIRECCIÓN DEL SITIO DE DISTRIBUCIÓN \_\_\_\_\_

CIUDAD \_\_\_\_\_ ESTADO \_\_\_\_\_ CÓDIGO POSTAL \_\_\_\_\_

Marque la casilla correspondiente para solicitar una audiencia imparcial o una reunión informal de resolución de disputas, después llene el resto del formulario.

Deseo una **AUDIENCIA IMPARCIAL** para el CSFP

Deseo una **REUNIÓN INFORMAL DE RESOLUCIÓN DE DISPUTAS** para el CSFP

Presento esta solicitud porque no estoy de acuerdo con:

Interrupción de beneficios

Denegación de solicitud

Sobrepago o descalificación

Otro (*explique*): \_\_\_\_\_

No estoy de acuerdo con la decisión por la(s) siguiente(s) razón(es):

Fecha del aviso con el que no estoy de acuerdo: \_\_\_\_\_

Yo necesito un intérprete:    Sí    No    Si contesto "Sí", ¿para cuál idioma? \_\_\_\_\_

### IMPORTANTE: Lea sus derechos de audiencia imparcial al dorso de este formulario antes de llenar esta sección.

**SÍ** deseo seguir recibiendo beneficios durante la audiencia imparcial. (sólo para la audiencia imparcial).

**NO** deseo seguir recibiendo beneficios durante la audiencia imparcial. (sólo para la audiencia imparcial).

FIRMA DEL CLIENTE O REPRESENTANTE AUTORIZADO

FECHA

\_\_\_\_\_

## SUS DERECHOS DE AUDIENCIA IMPARCIAL

Cuando se toma una decisión sobre su caso, se le tiene que proporcionar una explicación por escrito. Una audiencia imparcial es un proceso que le permite a un solicitante o participante del Programa Suplementario de Comestibles Básicos apelar una acción adversa, la cual puede incluir la denegación o interrupción de beneficios del programa, descalificación del programa o un reclamo para pagar el valor de los comestibles recibidos como resultado de fraude.

### Usted tiene el derecho a:

- Examinar la documentación que apoye la decisión de la agencia Estatal o local antes y durante la audiencia;
- Recibir asistencia o representación por un abogado u otras personas;
- Presentar testigos;
- Presentar argumentos;
- Cuestionar o refutar cualquier testimonio o evidencia, incluso la oportunidad de confrontar y contrainterrogar a otros en la audiencia; y
- Presentar evidencia que ayuda a establecer los hechos y circunstancias.

### ¿Qué pasa después de haber pedido una audiencia imparcial?

- El Departamento de Seguridad Económica (DES, por sus siglas en inglés) le enviará un aviso, al menos quince (15) días en adelantado, con el horario, la fecha y lugar de la reunión junto con el nombre del funcionario de la audiencia.
- Usted puede retirar su solicitud de audiencia imparcial o convertirla a una solicitud para una reunión informal de resolución de disputas en cualquier momento al comunicarse con el Programa de Alivio Coordinado del Hambre del DES al: (602) 771-2788.

### ¿Cómo se pide una audiencia imparcial?

- Usted puede obtener un formulario de Solicitud para Reunión Informal de Resolución de Disputas / Audiencia Imparcial de su sitio de distribución o al comunicarse con el Programa de Alivio Coordinado del Hambre del DES al: (602) 771-2788.
- Entregue en persona su formulario llenado a su sitio de distribución, envíelo al DES por fax al (602) 542-6575 o por correo a: Division of Aging and Adult Services, Office of the Assistant Director, 1789 W. Jefferson St., 2nd Floor, Mail Drop 6271, Phoenix, AZ 85007.

### ¿Cómo puede usted seguir recibiendo beneficios mientras espera la audiencia imparcial?

- Puede continuar a recibir beneficios si pide una audiencia imparcial dentro de quince (15) días desde la fecha en el aviso de la decisión.
- Usted no puede continuar a recibir beneficios mientras espera una audiencia imparcial si se denegó su solicitud, un cambio en la ley hizo que se tomara la decisión o se interrumpieron sus beneficios porque se venció su período de certificación.

De conformidad con la Ley de Derechos Civiles Federal y las normas y políticas sobre los derechos civiles del Departamento de Agricultura de los EE. UU. (USDA, por sus siglas en inglés), se prohíbe que el USDA, sus agencias, oficinas, empleados e instituciones que participan o administran programas del USDA discriminen basado en raza, color, nacionalidad, sexo, discapacidad, edad, o en represalia o venganza por actividad previa de derechos civiles en algún programa o actividad administrado o financiado por el USDA. Las personas con discapacidades que requieren medios alternativos de comunicación para recibir información del programa (por ejemplo, sistema Braille, letras grandes, cintas de audio, lenguaje de señas americano, etc.), deben ponerse en contacto con la agencia (estatal o local) en la que solicitaron los beneficios. Las personas sordas, con dificultades de audición o discapacidades del habla pueden comunicarse con el USDA por medio del Federal Relay Service [Servicio Federal de Retransmisión] al (800) 877-8339. Además, la información del programa se puede proporcionar en otros idiomas. Para presentar una denuncia de discriminación, llene el Formulario de Denuncia de Discriminación del Programa del USDA, (AD-3027) que está disponible en línea en: [http://www.ascr.usda.gov/complaint\\_filing\\_cust.html](http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html), y en cualquier oficina del USDA, o bien escriba una carta dirigida al USDA e incluya en la carta toda la información solicitada en el formulario. Para solicitar una copia del formulario de denuncia, llame al (866) 632-9992. Presente su formulario llenado o su carta al USDA por: (1) correo: U.S. Department of Agriculture, Office of the Assistant Secretary for Civil Rights 1400 Independence Avenue SW, Washington, D.C. 20250-9410; (2) fax: (202) 690-7442; o (3) correo electrónico: [program.intake@usda.gov](mailto:program.intake@usda.gov). Esta institución es un proveedor que ofrece igualdad de oportunidades.

Programa y Empleador con Igualdad de Oportunidades • Bajo los Títulos VI y VII de la Ley de los Derechos Civiles de 1964 (Títulos VI y VII) y la Ley de Estadounidenses con Discapacidades de 1990 (ADA por sus siglas en inglés), Sección 504 de la Ley de Rehabilitación de 1973, Ley contra la Discriminación por Edad de 1975 y el Título II de la Ley contra la Discriminación por Información Genética (GINA por sus siglas en inglés) de 2008; el Departamento prohíbe la discriminación en la admisión, programas, servicios, actividades o empleo basado en raza, color, religión, sexo, origen, edad, discapacidad, genética y represalias. Para obtener este documento en otro formato u obtener información adicional sobre esta política, comuníquese con el gerente de su oficina local; Servicios de TTY/TDD: 7-1-1. • Ayuda gratuita con traducciones relacionadas a los servicios del DES está disponible a solicitud del cliente.

• Available in English online or at the local office.