

Apéndice 5a ▪ Formulario de Solicitud de Audiencia Estatal

Nombre: _____ Teléfono: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Cod Postal: _____

Solicito una Audiencia Estatal debido a una acción del Programa de Diversos Servicios para Personas de Edad Avanzada (Multipurpose Senior Services Program - MSSP), relacionada con lo siguiente:

Discontinuación

Rechazo

Reducción

La razón de mi solicitud es la siguiente: _____

SOLICITUDES PARA ARREGLOS ESPECIALES (Complete sección sólo si se aplica)

Solicito que la audiencia se conduzca de la siguiente manera:

Por teléfono porque:

Estoy limitado a estancia en mi hogar.

Vivo a más de _____ horas del MSSP o de la oficina de Servicios Sociales del condado.

En mi hogar porque: _____

Hablo un idioma que no es inglés y necesitaré un intérprete en mi Audiencia. (El estado le suministrará el intérprete sin ningún costo).

Idioma: _____ Dialecto: _____

La información suministrada en este formulario es necesaria para procesar su solicitud de Audiencia. Este proceso puede verse demorado si su solicitud está incompleta. Un expediente administrativo será abierto por el Jefe Mediador. Ud. tiene derecho a examinar los documentos que componen ese expediente, y puede hacerlo contactando a la Unidad de Preguntas Y Respuestas Públicas. Cualquier información que Ud. suministre podrá ser compartida con el MSSP y el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos.