



OFICINA DE AUDIENCIAS DE APELACIÓN SOLICITUD DE AUDIENCIA

He sido notificado de la(s) siguiente(s) medida(s) adoptada(s) en relación con mis beneficios de asistencia pública:

Expreso mi disconformidad con la medida adoptada y solicito una audiencia por las siguientes razones:

Entiendo que mis beneficios, en algunos casos, pueden continuar tal como estaban antes de este cambio. También entiendo que si mis beneficios continúan y la decisión de la audiencia ratifica la medida adoptada por la agencia, estaré obligado a devolver los beneficios recibidos en exceso.

☐ Deseo que mis beneficios continúen tal como estaban.

Nombre de la persona que solicita la audiencia

☐ **NO** deseo que mis beneficios continúen tal como estaban.

Firma de la persona que solicita la audiencia

Dirección

Ciudad

Estado

Código Postal

Fecha

Caso # / Seguro Social #

Esta solicitud de audiencia debería ser devuelta a la oficina local del Departamento de Niños y Familias. Si desea presentarla directamente, usted puede contactarse con la Oficina de Audiencias de Apelación de Derechos de Asistencia Pública sita en 1317 Winewood Boulevard, Tallahassee, Florida 32399-0700 por carta o por teléfono al (850) 488-1429.

AGENCY USE ONLY (PARA USO EXCLUSIVO DE LA AGENCIA)

Type of benefit appealed: _____ Case#/Cat./Seq.: _____

Date supervisory review was held: _____ District/Office: _____

Additional agency action:

☐ The pertinent Notice of Case Action is attached.