



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.