STATE OF CONNECTICUT DEPARTMENT OF SOCIAL SERVICES

. 03-000002 000011

FECHA:

ID DEL CLIENTE:
To contact us please call
Monday - Friday 7:30-4:00
DSS Benefit Center

Office:

FORMULARIO DE SOLICITUD DE AUDIENCIA

Use este formulario solamente si usted desea una audiencia. Recuerde, ante de pedir una audiencia o en cualquier momento despues de ello, usted puede llamar a Al Centro de Beneficios.

1. Yo no estoy de acuerdo con la decisin tomada en mi caso. Estoy pidiendo una audiencia porque:

_____

_____

(Por favor no deje blanco y si necesita mas espacio para escribir use el reverse de esta forma)

2. Mi numero de telefono, incluyendo el cdigo de area es: _____

3. Si estaba recibiendo beneficios antes de recibir la notificacin de! DSS y esta pidiendo una audiencia dentro de 10 dfas de la notificacin (o para asistencia medica, cualquier tiempo antes de la decisin tomada) nosotros vamos continuar sus beneficios mientras el Oficial de Audiencia este deliberando su decisin. Si la decisin de la audiencia no resulta a su favor, usted podra tener la obligacin de devolver los beneficios pagados a DSS.

   [ ] Por lavor marque esta caja si NO quiere que se continuen sus beneficios mientras el Oficial de Audiencia este deliberando su decision.

4. _____ _____
   Firma Fecha

5. Envie esta solicitud llenada por correo o por fax a:

   Department of Social Services
   Office of Legal Counsel, Regulations and Administrative Hearings
   55 Farmington Avenue
   Hartford, CT 06105
   Numero de fax: (860) 424-5729

ESTA INFORMACION ESTN DISPONIBLE EN FORMATOS ALTERNOS.
TEL FONO (800) 842-1508 0 TDD/TTY (800) 842-4524.

Client ID:

Office: