



Departamento de Servicios Sociales del condado de _____

Número del caso en el condado _____

Acuerdo de desviación de beneficios

Fecha: _____

Yo, _____, estoy de acuerdo en que:

- La desviación de beneficios aliviará la **situación temporal o actual** de mi familia, que no requiere asistencia de larga duración, y que compensará **la necesidad específica** de mi familia en este momento.
- La desviación de beneficios le ayudará a mi familia a mantenerse en el empleo, obtener empleo o volver al empleo.
- **Mi familia solicita desviación de beneficios voluntariamente para satisfacer sus necesidades inmediatas en vez de recibir un pago mensual continuo del programa Work First.**
- Se me comunicaron y se me explicaron mis derechos y responsabilidades durante la entrevista. Entiendo la información presentada. Se me contestaron todas las preguntas.
- Opto por la desviación de beneficios en lugar de pago mensual porque _____

Firma de la persona que ofrece cuidado infantil (*caretaker's signature*)

AVISO DE BENEFICIOS

- **Crisis o acontecimiento específico de necesidad familiar que se aliviará con la desviación de beneficios:**

- **Recibirá un pago único de \$** _____.
- Su familia ____ recibirá ____ no recibirá Medicaid retroactivo desde el mes de _____ hasta el mes de _____
- Su familia recibirá Medicaid desde el mes de _____ hasta el mes de _____. Hemos fijado una entrevista para el _____
- Es posible que su familia también tenga derecho a Medicaid. Su elegibilidad para Medicaid depende de sus circunstancias financieras al final de los meses indicados. Si hay un cambio de ingreso ganado en la familia, usted debe enviar una verificación del cambio de ingreso al trabajador asignado a su caso antes del _____. Esto es para poder evaluar a su familia para otros programas de Medicaid.
- Toda información, tal como números de seguro social, ciudadanía, identidad o estado de inmigración, que usted dé durante la evaluación para desviación de beneficios se utilizará en su solicitud de Medicaid.
- Es posible que su familia también tenga derecho a otros servicios, como los Servicios de Alimento y Nutrición, asistencia de emergencia y asistencia de energía. Debe presentar una solicitud separada para pedir cada uno de estos beneficios.

AVISO DE DENEGACIÓN DE DESVIACIÓN DE BENEFICIOS

____ Su solicitud de desviación de beneficios ha sido **denegada** a partir de esta fecha por la siguiente razón:

DERECHO A AUDIENCIA: Si piensa que estamos equivocados, tiene hasta el _____, 60 días contados a partir de la fecha de este aviso, para pedir una audiencia.

Firma del entrevistador

Teléfono

Fecha

SUS DERECHOS A UNA AUDIENCIA

CÓMO SOLICITAR UNA AUDIENCIA: Si piensa que estamos equivocados, tiene derecho a una audiencia. Esta audiencia determinará si la medida tomada es correcta y le dará la asistencia correcta si nos equivocamos. Primero puede pedir una audiencia local ante un funcionario imparcial del Departamento de Servicios Sociales del condado. La audiencia se hará menos de 5 días después de que la solicite. La audiencia se puede postergar por buenas razones hasta por 10 días más. Luego, si usted piensa que la decisión en la audiencia local está equivocada, puede pedir una segunda audiencia. La segunda audiencia es ante un funcionario imparcial de la División de Servicios Sociales. Para fijar la audiencia, debe pedírselo al departamento de servicios del condado oralmente o por escrito.

SI VIVE EN CIERTOS CONDADOS

Y DESEA UNA SEGUNDA AUDIENCIA, la **segunda apelación también será ante un funcionario del condado, no de la División de Servicios Sociales del estado.**

¿CUÁNDO PIDO LA AUDIENCIA? Tiene hasta el _____, sesenta (60) días después de la fecha en que se le comunicó que la desviación de beneficios había sido aprobada o denegada para pedir la audiencia. Los 60 días se pueden extender hasta noventa (90) días calendario si hay buenas razones para la demora. Si no pide una audiencia antes de que se cumplan estos plazos, no se le concederá.

DERECHO A REPRESENTACIÓN: Puede pedir que alguien hable por usted en la audiencia, tal como un pariente o un abogado contratado por cuenta suya. Puede haber servicios legales disponibles en su comunidad. Comuníquese con el trabajador asignado a su caso para obtener información o llámeme por la línea CARE-LINE gratuitamente al 1-800-662-7030. También hay servicios de TDD (sistema de texto) y de voz para personas con discapacidades de oído a través de la línea telefónica de CARE-LINE.

DERECHO A VER SU EXPEDIENTE. Si usted lo pide, el trabajador asignado a su caso les mostrará a usted y a la persona que habla por usted los expedientes de la familia antes de la audiencia. Si lo pide, también puede ver toda la información que se utilizará en la audiencia. Puede obtener copias gratis de esta información. Puede ver esta información nuevamente durante la audiencia.

REGLAS ESTATALES PARA LA TOMA DE DECISIONES. Las reglas estatales para tomar decisiones sobre desviación de beneficios se encuentran en el Manual del programa *Work First*.