DEPARTAMENTO DE SERVICIOS SOCIALES DE MISSOURI
DIVISIÓN DE APOYO A LA FAMILIA

ANULACIÓN DE LA ACCIÓN DE LA AGENCIA

DE	1. OFICINA DEL CONDADO	2. NÚMERO DE TELÉFONO	3. FECHA
	4. DIRECCIÓN (CALLE)		
	CIUDAD / ESTADO / CÓDIGO POSTAL MO		
	5. ADMINISTRADOR DEL CONDADO		
PARA	6. NOMBRE , DLS Hearing Officer		
	DLS Administrative Hearings Unit		
	7. CIUDAD / ESTADO / CÓDIGO POSTAL		
ASUNTO	8. NÚMERO DE CASO	9. DCN DEL CASO	

10. El Interesado mencionado anteriormente solicitó una audiencia administrativa para el programa marcado a continuación:

☐ 1619	☐ LIHEAP	☐ MHABD-VEN	☐ MOCDD (Sarah Lopez Waiver)	☐ SLMB	☐ SUPP AB
☐ BCCT	☐ EMCIA	☐ MHCC	☐ MPW	☐ SNC	☐ ASIST. TEMP.
☐ BP	☐ EWHS	☐ MHDC	☐ PE para Niños/Mujeres Embarazadas	☐ SP	☐ TWHA
☐ CC	☐ FS	☐ MHF	☐ QDWI	☐ SSI	☐ UWHS
☐ CCP	☐ MHABD	☐ MHK	☐ QMB	☐ SSI-SP	☐ OTHER

11. ☐ La audiencia administrativa está programada para _____ (FECHA) a las _____ (HORA).

12. ☐ El formulario de solicitud de audiencia administrativa (IM-87) fue enviado el _____ (FECHA), pero a la fecha de _____ (FECHA) aún no se ha programado ninguna audiencia.

13. En _____ (FECHA), la División de Apoyo a la Familia anuló las siguientes acciones:

13a. Escriba comentarios:

14. FIRMA DEL ESPECIALISTA DE ELEGIBILIDAD	15. FECHA
16. FIRMA DEL SUPERVISOR	17. FECHA