



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

NOTIFICACIÓN AL PARTICIPANTE SOBRE LA 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				
	7. CIUDAD ESTADO CÓDIGO POSTAL				
ASUNTO	8. NÚMERO DE CASO	9. DCN DEL CASO			
10. Usted solicitó una audiencia administrativa para el programa marcado a continuación:					
☐ 1619	☐ LIHEAP	☐ MHABD-VEN	☐ MOCDD (Sara Lopez Waiver)	☐ SLMB	☐ SUPP AB
☐ BCCT	☐ EMCIA	☐ MHCC	☐ MPW	☐ SNC	☐ TEMP ASSIST
☐ BP	☐ EWHS	☐ MHDC	☐ PE For Kids/Pregnant Women	☐ SP	☐ TWHA
☐ CC	☐ FS	☐ MHF	☐ QDWI	☐ SSI	☐ UWHS
☐ CCP	☐ MHABD	☐ MHK	☐ QMB	☐ SSI-SP	☐ OTHER
11. ☐ La audiencia administrativa está programada para _____ a las _____. (FECHA) (HORA)					
12. ☐ Su solicitud de una audiencia administrativa fue enviada, pero a la fecha de _____ aún no se ha programado ninguna audiencia. (FECHA)					
13. En _____, la División de Apoyo a la Familia anuló las siguientes acciones: (FECHA)					
13a. Escriba comentarios: 					
14. No se realizará ninguna audiencia administrativa. Si ha sido programada una audiencia, se cancelará. Debido a que la acción fue anulada, usted recibirá una decisión sobre la audiencia que indica que la agencia anuló la acción en la fecha _____, y que ya no existe ningún asunto apelable. No existe ninguna repercusión adversa sobre sus beneficios. Si tiene alguna pregunta, llame gratis al Centro de Información de la División de Apoyo a la Familia, al 855-373-4636					
15. FIRMA DEL ESPECIALISTA DE ELEGIBILIDAD				16. FECHA	
17. FIRMA DEL SUPERVISOR				18. FECHA	