DEPARTAMENTO DE SERVICIOS SOCIALES DEL ESTADO DE MISSOURI
DIVISION DE SERVICIOS FAMILIARES

RETIRO DE LA SOLICITUD DE AUDIENCIA

DIRECTOR DEL CONDADO	TELEFONO	OFICINA DEL CONDADO

Los requisitos para continuar recibiendo ayuda del programa _____
han sido examinados por mi y un funcionario el condado de _____ .

☐ Entiendo que las medidas que se han propuesto se que se van a tomar para:

☐ reducir la ayuda a $ _____ ☐ disminuir la cantidad de Estampillas para Comida a $._____

☐ suspender la ayuda ☐ negar mi solicitud

☐ otro: _____

☐ Entiendo que la Oficina del Condado ha retirado las medidas que había propuesto inicialmente para:

☐ reducir la ayuda a $ _____ ☐ disminuir la cantidad de Estampillas para Comida a $._____

☐ suspender la ayuda ☐ negar mi solicitud

☐ otro: _____

En base a la información anterior, estoy de acuerdo con la decisión de la Divisió de Servicios Familiares de retirar las medidas que había propuesto inicialmente: _____ .

He sostenido una conferencia con el coordinador de mi caso.

Estoy de acuerdo con la decisión previamente tomada por la Agencia.

Mediante la firma del presente formulario RETIRO mi solicitud de una audiencia para tratar el asunto anterior.

Entiendo que con los requisitos que sigo cumpliendo:

☐ continuaré recibiendo la ayuda actual. ☐ se reducirá el valor de la ayuda.

☐ se suspenderá o se negará la ayuda.

Si decidiera volver a preentar la solicitud en el futuro, se podría volver a decidir si cumplo o no con los requisitos para recibir la ayuda. Si en esa ocasión se determinara que ha habido cambios en cuanto a mi posibilidad de cumplir con esos requisitos, tendría derecho a solicitar una audiencia para tratar las medidas que en esa oportunidad se tomaran

FIRMA	FECHA

POR LA PRESENTE DECLARO QUE HE EXPLICADO LOS CRITERIOS QUE SE APLICAN PARA DETERMINAR EL CUMPLIMIENTO DE LOS REQUISITOS PARA RECIBIR LA AYUDA Y LA DECISION DE LA AGENCIA DE RETIRAR LA MEDIDA DE _____ QUE INICIALMENTE SE HABIA PROPUESTO.

FIRMA	PUESTO QUE OCUPA	FECHA