

Solicitud de audiencia - Becas de Cuidado Infantil

❖ ¿Cómo solicito una audiencia?

Complete el formulario en el reverso de esta página. Envíe el formulario al programa de Becas de Cuidado Infantil (CCS, por sus siglas en inglés) de CCS Central 2.



❖ ¿De cuánto tiempo dispongo para solicitar una audiencia?

Podrá solicitar una audiencia por no más de **90 días** posteriores a la fecha de la notificación.

❖ ¿Cómo puedo continuar con mi beca de cuidado infantil mientras espero mi audiencia?

Si solicitó su audiencia dentro de los 10 días posteriores a la fecha de la notificación más reciente mientras recibe los servicios de becas de cuidado infantil, podrá continuar recibiendo dichos servicios, a menos que haya dejado de ser elegible.

❖ ¿Me endeudaré si obtengo servicios de cuidado infantil mientras espero?

Sí. Si el juez está de acuerdo con nosotros y usted pierde la apelación, deberá devolver el monto acumulado de su beca de cuidado infantil.

❖ ¿Cuándo y dónde se llevará a cabo la audiencia?

La Oficina de Audiencias Administrativas le enviará una notificación con el horario y lugar de la audiencia.

❖ ¿Debo asistir a la audiencia?

Sí. Perderá la apelación si no se presenta. Si no puede asistir, comuníquese con la **Oficina de Audiencias Administrativas** al 410-229-4100 y ellos le ayudarán a reprogramar la audiencia.

❖ ¿Puedo ir acompañado/a por alguien para que me ayude o hable por mí?

Puede ir acompañado/a por un abogado/a, amigo/a o familiar. Si desea obtener asistencia legal gratuita, contáctese con Legal Aid al 1-800-999-8904.

❖ ¿Cómo debo prepararme para la audiencia?

Puede contactarse con CCS Central 2 para hablar con un representante que pueda revisar la decisión de elegibilidad junto con usted y brindarle los documentos necesarios.

Si necesita ayuda para completar el formulario, favor de llamar al 1-877-227-0125

	Departamento de Educación del Estado de Maryland/Oficina de Cuidado Infantil Programa de Becas de Cuidado Infantil SOLICITUD DE AUDIENCIA - BECAS DE CUIDADO INFANTIL	Devolver a: CCS Central 2 PO Box 346031 Bethesda, MD 20827
--	--	--

Complete este formulario SOLO si está en desacuerdo con la decisión tomada acerca de sus servicios.
Si está en desacuerdo con la acción llevada a cabo con el programa de Becas de Cuidado Infantil,
tiene derecho a discutir su(s) razón(es) con un supervisor.
Podemos ayudarle a completar este formulario o puede solicitar una audiencia si llama al 1-877-227-0125.

Sección 1 Cuéntenos sobre usted <i>Complete los espacios en este casillero y complete los casilleros del 2 al 4. Escriba con letra clara.</i>		
Nombre:		Fecha de nacimiento:
Dirección:		País:
Ciudad:	Estado:	Código Postal:
Número telefónico de contacto:		Número de Seguridad Social (NSS) <i>(opcional)</i> :

Sección 2 ¿Desea apelar la decisión de su programa de Becas de Cuidado Infantil? Indique sí o no.
<input type="checkbox"/> Sí, deseo apelar la decisión del programa CCS. <input type="checkbox"/> No, no deseo apelar la decisión del programa CCS.

Sección 3 ¿Cuáles son los motivos por los que desea tener una audiencia?
<input type="checkbox"/> No se me permitió enviar una solicitud. <input type="checkbox"/> La cantidad de asistencia recibida fue incorrecta. <input type="checkbox"/> Mi solicitud fue rechazada. <input type="checkbox"/> Mi asistencia fue suspendida, reducida o finalizada incorrectamente. <input type="checkbox"/> Mi solicitud no fue procesada debidamente. <input type="checkbox"/> No estoy de acuerdo en que deba devolver el dinero de la asistencia recibida. <input type="checkbox"/> No recibo los servicios que necesito.
Si recibió una notificación al respecto, ¿cuál es la fecha que figura en la notificación? <i>MM/DD/AAAA</i>
¿Por qué desea tener una audiencia? Le rogamos que nos cuente lo que sucedió:

Sección 4 Firma
Comprendo que si solicito una audiencia dentro de los 10 días posteriores a la fecha de la notificación mientras recibo beneficios, puedo seguir recibiendo dichos beneficios mientras espero mi audiencia a menos que concluya mi periodo de servicio. Es posible que deba devolver el dinero de los beneficios provistos, si pierdo la apelación.
<input type="checkbox"/> Marque con una cruz aquí si usted no desea recibir beneficios mientras espera por su audiencia.
Firma:
Fecha: