

División de Servicios para Familias y Niños de Georgia
ABAWD NO ELEGIBLE
SEGUNDO PERIODO DE TRES MESES
AVISO DE ACCIÓN ADVERSA

Departamento de Servicios para Familias y Niños del Condado de _____

Fecha: _____

Nombre/ubicación del condado: _____

Nombre del gestor de casos _____

Número de identificación emitido
por la agencia: _____

Número de teléfono: _____

Número de identificación del cliente: _____

Estimado/a Sr./Sra.: _____
Nombre de la persona que encabeza la unidad familiar

Su Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (SNAP, en inglés) pasará de \$ _____
a \$ _____ **a partir de** _____ por el motivo que se indica a
continuación.

_____ dejará de recibir SNAP a partir de _____, porque
Nombre del ABAWD no elegible mes/año

_____ ya no cumple con el requisito de trabajo de adultos capaces sin dependientes
Nombre del ABAWD no elegible (ABAWD, en inglés) y es potencialmente elegible para un período adicional de

elegibilidad de tres meses consecutivos sin cumplir con el requisito de trabajo para ABAWD.
_____, y _____
mes/año mes/año mes/año

**Si necesita brindar nueva información sobre su situación laboral, póngase en contacto con nosotros
a más tardar el _____.**

Si _____ es un ABAWD, sus beneficios de SNAP terminarán a menos que él o ella
Nombre del ABAWD no elegible

nos pruebe _____ que:

- trabaja (empleado o por cuenta propia) un promedio de 20 horas semanales y 80 horas mensuales; o
- participa en una actividad de educación o capacitación durante al menos 20 horas a la semana y 80 horas al mes; o
- participa en el programa asistencial de trabajo para el gobierno (es decir, trabaja a cambio de beneficios como voluntario en una agencia sin ánimo de lucro); o
- participa en un programa de capacitación de la Ley de Oportunidades e Innovación de la Fuerza Laboral (WIOA, en inglés); o

División de Servicios para Familias y Niños de Georgia
ABAWD NO ELEGIBLE
SEGUNDO PERIODO DE TRES MESES
AVISO DE ACCIÓN ADVERSA

- realiza cualquier combinación de **trabajo y participación en un programa de trabajo** durante un total de 20 horas semanales.

_____ puede estar exento del límite de tiempo y los requisitos de trabajo para ABAWD, si
Nombre del ABAWD no elegible

cumple uno de los siguientes criterios:

- es menor de 18 o mayor de 53 años,
- está embarazada,
- la agencia estatal determina que su incapacidad física o mental para el empleo está certificada médicamente. Se certifica médicamente que una persona no es apta física o mentalmente para el empleo si:
 - recibe beneficios por incapacidad temporal o permanente emitidos por fuentes gubernamentales o privadas;
 - está claramente incapacitado mental o físicamente para el empleo, según determine la agencia estatal; o
 - si no es evidente, presenta una declaración de un médico, asistente médico, enfermero, enfermero practicante, representante designado del consultorio médico, psicólogo licenciado o certificado, trabajador social o cualquier otro personal médico que determine que no es apto física o mentalmente para el empleo.
- es *padre o madre* de un miembro de la unidad familiar menor de 18 años, aunque este no sea elegible para los beneficios de SNAP,
- *reside* en un hogar de SNAP en el que un miembro de la unidad familiar es menor de 18 años, aunque el miembro del hogar menor de 18 años no sea elegible para los beneficios de SNAP,
- es un veterano,
- es una persona sin hogar, o
- es una persona que tiene 26 años o menos y está en régimen de acogida al momento de cumplir 18 años.

División de Servicios para Familias y Niños de Georgia
ABAWD NO ELEGIBLE
SEGUNDO PERIODO DE TRES MESES AVISO DE
ACCIÓN ADVERSA

Cómo recuperar la elegibilidad

Si usted pierde su elegibilidad para recibir beneficios de SNAP porque no estuvo trabajando o participando en una actividad laboral calificada por tres meses durante el tiempo que recibió SNAP, podría comenzar a recibirlos nuevamente si es elegible de otra manera y luego de haber recuperado su elegibilidad. Puede recuperar la elegibilidad para el SNAP realizando una de las siguientes actividades dentro de un período de 30 días consecutivos:

- trabajar (como empleado o por cuenta propia) 80 horas o más;
- participar y cumplir los requisitos de un programa de trabajo durante 80 horas o más;
- realizar cualquier combinación de trabajo y participación en un programa de trabajo durante un total de 80 horas;
- participar en un programa de trabajo para desempleados y cumplirlo, como el Programa de Trabajo para Desempleados Comparable; o
- cumplir una exención de registro laboral.

Deberá seguir trabajando o participando en un programa de trabajo para seguir recibiendo SNAP. Para obtener más información, póngase en contacto con su oficina local de la División de Servicios para Familias y Niños (DFCS, en inglés) o con el Centro de Atención al Cliente llamando al 1-877-423-4746.

Período de 36 meses

Todos los ABAWD podrán recibir beneficios durante otros 3 meses en un nuevo periodo de 36 meses sin cumplir los requisitos laborales el 1 de diciembre de 2026.

División de Servicios para Familias y Niños de Georgia
ABAWD NO ELEGIBLE
SEGUNDO PERIODO DE TRES MESES AVISO DE
ACCIÓN ADVERSA

QUIERO SOLICITAR UNA AUDIENCIA

Si no está de acuerdo con la decisión que hemos tomado sobre su caso, puede solicitar una audiencia imparcial para revisar las medidas tomadas en su caso.

Ingrese su nombre y número de identificación del cliente: _____

La razón por la que quiero una audiencia es la siguiente:

Marque la casilla correcta en caso de que corresponda: Si su caso está activo, puede solicitar una audiencia dentro de los 14 días del período de acción adversa y optar por continuar con sus beneficios de SNAP en el nivel previo a la audiencia.

- No quiero seguir recibiendo beneficios mientras espero la decisión de la audiencia.
- Quiero seguir recibiendo beneficios mientras espero la decisión de la audiencia. Entiendo que se me puede requerir que reembolse al Departamento de Servicios Humanos, División de Servicios para Familias y Niños por cualquier sobrepago en beneficios de SNAP a los que no tenía derecho a recibir según lo determinado por el oficial de la audiencia. AVISO: Los beneficios de SNAP no se mantienen en el nivel de solicitud previa a la audiencia más allá de la próxima renovación si los beneficios se deniegan en la solicitud o en la renovación.

Firma de la persona que solicita la audiencia _____ Fecha: _____

Número de teléfono de contacto _____

Si desea solicitar una audiencia, firme arriba y devuelva este formulario al Departamento de Servicios para Familias y Niños del condado.

División de Servicios para Familias y Niños de Georgia
ABAWD NO ELEGIBLE
SEGUNDO PERIODO DE TRES MESES AVISO DE
ACCIÓN ADVERSA

Procedimientos para una audiencia

Puede solicitar una audiencia oral o por escrito al notificar al Departamento de Servicios para Familias y Niños del condado. Tiene 90 días a partir de la fecha de este formulario para solicitar una audiencia. Un representante de la Oficina de Audiencias Administrativas del Estado celebra la audiencia para los beneficios de SNAP. Cualquier miembro del personal estará encantado de facilitarle los formularios necesarios, ayudarle a presentar su solicitud de audiencia y asistirle en todo lo posible para preparar la audiencia. Puede estar representado en dicha audiencia por un representante autorizado, como un abogado, un familiar, un amigo u otro portavoz, o puede representarse a sí mismo. Es posible que disponga de servicios legales gratuitos en su comunidad. Si está interesado en recibir servicios jurídicos, consulte la información sobre servicios jurídicos que figura a continuación.

Puede obtener asistencia jurídica gratuita. Si desea que un abogado le ayude, puede llamar a uno de los números que se indican a continuación.

- 1. Programa de Servicios Jurídicos de Georgia**
1-800-498-9469 (Servicios jurídicos en todo el estado, EXCEPTO en los condados atendidos por Atlanta Legal Aid)

- 2. Atlanta Legal Aid**
404-377-0701 (condado de Dekalb)
678-407-6469 (condado de Gwinnett)
770-528-2565 (condado de Cobb)
404-524-5811 (condado de Fulton)
404-669-0233 (South Fulton/condado de Clayton)

- 3. Georgia Advocacy Office, Inc.**
One Decatur Town Center
150 E. Ponce de Leon Avenue, Suite 430, Decatur, GA 30030 Teléfono: 404-885-1234/teletexto\
1-800-537-2329 correo electrónico: info@thegao.org