



Acuerdo Alternativo (Diversion) de beneficios

Departamento de Servicios Sociales del Condado

Número de caso: _____

Fecha: _____

Yo, _____ estoy de acuerdo en que:

- El Acuerdo Alternativo de Beneficios aliviará la **situación actual y temporal** de mi familia, que no requiere asistencia a largo plazo y a satisfacer un **episodio específico de necesidad de** mi familia en este momento.
- El Acuerdo Alternativo de Beneficios ayudará a mi familia a convertirse y/o permanecer empleado, volver al empleo, y/o ayudar a mi familia a resolver mi situación actual hasta la recepción de otros ingresos que satisfagan las necesidades de la familia.
- Mi familia solicita El Acuerdo Alternativo de Beneficios voluntariamente para satisfacer nuestras necesidades inmediatas en lugar de recibir un pago mensual continuo de Work First Family Assistance.
- Mis derechos y responsabilidades fueron explicados y dados a mí durante mi entrevista. Entiendo la información presentada. Todas mis preguntas fueron respondidas.
- Elegí El Acuerdo Alternativo de Beneficios en lugar de un pago mensual porque

Firma del solicitante: _____ Fecha: _____

AVISO DE BENEFICIOS

- La crisis familiar específica o episodio de necesidad a ser atendido por El Acuerdo Alternativo de Beneficios:

- Usted recibirá un pago único por la cantidad de \$ _____
- Cualquier información proporcionada durante la evaluación para El Acuerdo Alternativo de Beneficios, como números de seguridad social, ciudadanía, identidad y estatus migratorio, se utilizará como parte de su solicitud para otros beneficios y servicios.
- Su familia también puede calificar para otros servicios, como Servicios de Alimentos y Nutrición, Medicaid, asistencia de emergencia y energía. Debe presentar una solicitud independiente para algunas de estos programas.

AVISO DE NEGACIÓN DEL ACUEDO ALTERNATIVO DE BENEFICIOS

____ Su solicitud de desvío de beneficios ha sido **negada** a partir de esta fecha por la siguiente razón.

SUS DERECHOS A UNA AUDIENCIA: Si cree que se tomó una decisión equivocada para su caso o si tiene nueva información, tiene derecho a una audiencia. Usted debe solicitar esta audiencia a más tardar en _____ que es 60 días a partir de la fecha de este aviso. Si tiene una buena causa para un retraso en la audiencia, debe solicitar la audiencia a más tardar en _____ que es 90 días a partir de la fecha de este aviso. Esta audiencia es una reunión para revisar su caso y darle los beneficios correctos si corresponde. Llame o escriba a su trabajador para pedirle una audiencia. Una audiencia local se llevará a cabo dentro de los 5 días de su solicitud a menos que solicite que se posponga. La audiencia puede posponerse, por una buena causa, por hasta 10 días calendario. Luego, si cree que la decisión en la audiencia local es incorrecta, llame o escriba a su trabajador dentro de un plazo de 15 días para solicitar una segunda audiencia. La segunda audiencia se llevará a cabo ante un funcionario de la audiencia estatal.

Firma del Entrevistador

Fecha

Número de teléfono del entrevistador

DERECHOS DE AUDIENCIA

¿Sabías que tienes derecho a ser representado? Es posible que alguien hable por usted en su audiencia, como un pariente, asistente legal o abogado obtenido a su propio costo.

Los servicios legales gratuitos pueden estar disponibles en su comunidad. Comuníquese con la oficina de Ayuda Legal más cercana o la Línea de Ayuda Legal al 1-866-219-5262 (número gratuito).

Si tiene preguntas o inquietudes adicionales, comuníquese con su trabajador para obtener información, o llame al Centro de Servicio al Cliente del DHHS, llame gratis al 1-800-662-7030. El sistema TDD/Voz para personas con discapacidad auditiva también está disponible a través del número. El horario es de 8:00am-5:00pm, de lunes a viernes, excluyendo los días festivos estatales.

¿Sabía que tienes derecho a ver tu historial? Si usted pregunta, su trabajador de caso le mostrará (o la persona que le representa) su registro de beneficios antes de su audiencia. Si lo solicita, también puede ver otra información que se utilizará en la audiencia. Puede obtener copias gratuitas de esta información. También puede volver a ver esta información en su audiencia.

¿Entiende sus derechos? ¿Entiendes cómo conseguir una audiencia? Si tiene alguna pregunta, póngase en contacto con su trabajador lo antes posible.

REGLAMENTACION DEL ESTADO UTILIZADAS PARA HACER ESTA DECISION: Las reglas estatales utilizadas para tomar decisiones sobre El Acuerdo Alternativo de Beneficios se encuentran en el Manual de Trabajar Primero disponible en línea en <https://policies.ncdhhs.gov/>.

La División de Servicios Sociales de Carolina del Norte (NC DSS) cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina por motivos de raza, color, origen nacional, sexo, religión, credo, discapacidad, edad, creencias políticas o represalias por actividad previa de derechos civiles en cualquier programa o actividad realizada o financiada por Los Servicios Humanos y de Salud de los Estados Unidos.