

PROBLEMA CON LOS BENEFICIOS PUBLICOS

1. **Beneficios públicos** Incluye los siguientes tipos de programas. Por favor marque el programa concerniente a su problema:

- AND (Ayuda para el discapacitado necesitado)
- CHP+ (Plan de salud para el niño)
- Estampillas para recibir comida
- HCA (Pensión para el cuidado en casa)
- HCBS (Servicios basados en hogar y comunidad)
- Medicaid
- Medicare
- OAP (Pensión para las personas mayores de edad)
- Beneficios de discapacidad del seguro social
- Beneficios de jubilación del seguro social
- Beneficios para el viudo(a), o sobrevivientes del seguro social
- SSI (Ingreso suplementario de seguro)
- TANF (Ayuda temporal para las familias necesitadas)
- Beneficio por seguro de desempleo
- Otros: _____

2. Si usted está aplicando o recibiendo beneficios debido a una discapacidad, por favor describa su discapacidad:

3. **Problemas** con los programas de beneficios públicos incluyen las siguientes situaciones. Por favor díganos cuál es su problema:

- Yo apliqué para recibir los beneficios, pero mi aplicación fue rechazada o el servicio fue denegado.
- Yo estoy recibiendo los beneficios, pero el monto de mi beneficio ha sido reducido o ha sido cambiado.
- He sido informado que debo de pagar un **sobrepago** el cual dicen que he recibido
- Yo he estado recibiendo los beneficios, pero éstos han sido **removidos**
- Otro : _____

4. Por favor, denos una copia de la notificación que ha recibido en cuanto a la denegación, reducción, pago excesivo, o terminación del beneficio.

5. Cuándo recibió la notificación? _____

6. Si usted fue notificado sobre un pago excesivo, por favor díganos:

- La cantidad del monto sobre el pago excesivo _____
- La razón del pago excesivo: _____
- Ha llenado una solicitud de exoneración de sobrepago? (Exoneración significa que usted está pidiendo que usted no devuelva o regrese lo ya pagado).

- Sí
- No

7. Por qué está en desacuerdo con esta decisión? _____

8. Ha pedido que sus beneficios continuen? Sí
 No

9. Han sido sus beneficios removidos? Sí
 No

10. Si usted cuenta con una persona que está llevando su caso u otra agencia que lo (la) represente, por favor díganos

- El nombre de la persona que está llevando su caso _____
- La dirección de la persona que está llevando su caso _____
- El número telefónico de la persona que está llevando su caso _____

Please fill out both sides of this form!

11. Ha usted presentado una apelación?
- Sí. *(Por favor, adjunte la copia de su apelación)*
- No. Cuándo es el plazo para su apelación? _____
(Si su plazo es dentro de un mes o menos, usted debería proceder a presentar una apelación por su cuenta . Usted puede decir "Estoy en desacuerdo con esta decisión y deseo apelar". Usted no tiene que decir nada más. Guarde una copia de su apelación, y envíela por correo certificado/o con recibo de verificación. Por favor envíenos una copia)
12. Se encuentra la Audiencia programada? Sí
 No
13. Si la Audiencia está programada, por favor díganos:
- La fecha de la Audiencia _____
 - Dónde se llevará a cabo la Audiencia: _____
 - *Por favor, adjunte la copia de la notificación de la Audiencia.*
14. Se ha llevado a cabo una Audiencia? Sí
 No
15. Si la Audiencia ya se ha dado por favor, díganos:
- Cuándo se llevo a cabo la Audiencia? _____
 - Dónde se llevo a cabo la Audiencia? _____
 - Qué sucedio en la Audiencia? _____
 - *Por favor, adjunte una copia de la decisión dada en la Audiencia si es que ya la ha recibido.* t
16. Por favor, denos el nombre, dirección y número telefónico de algún testigo que pueda testificar en la audiencia o que pueda proveer evidencias por usted. (por ejemplo, el doctor que la haya examinado y que pueda testificar que usted es una persona discapacitada).

Nombre	Dirección	Teléfono
--------	-----------	----------

17. Por favor, denos alguna otra información que usted considere que nos pueda ayudar para evaluar mejor su caso

18. Si hay alguna evidencia que sostenga su caso, por favor adjúntela o díganos donde podemos encontrarla.

19. Qué es lo que desea que los Servicios Legales de Colorado haga por usted?

20. Si su problema implica beneficios de **Seguro Social** o **SSI**, y se le ha denegado estos beneficios, Servicios Legales de Colorado referirá su caso a un panel de abogados privados que no le pedirán pago alguno por los honorarios o tarifa del abogado, sin embargo, sí recolectarán parte de sus beneficios si el abogado gana su caso. Si el abogado no gana su caso, usted no le deberá pago alguno por la tarifa del abogado. Sin embargo, usted deberá realizar algunos pagos por los costos como el cargo por las copias del record medico.

Está de acuerdo que su caso sea referido a un abogado privado bajo estas condiciones?

- Sí
 No

*Gracias! Si necesitamos más información lo(la)contactaremos. Si tiene alguna pregunta acerca de cómo aplicar a los Servicios Legales , por favor llame al 1-800-521-6968. Si estamos en la posibilidad de ayudarlo(a)le enviaremos un **formulario de permiso** el cual nos permitirá ver sus records. Por favor, fírmelo y regrésenoslo a la brevedad posible.*

Please fill out both sides of this form!