



# AVISO DE DECISIÓN DE CASO

Fecha de envío por correo: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_  
Dirección: \_\_\_\_\_

Proveedor: \_\_\_\_\_

Nº de Seguro Social: \_\_\_\_\_

----- [fold here for window envelope] -----

**COMPLEMENTO ESTATAL OPCIONAL**  
Estatutos del Estado de Florida: Capítulo 409  
Código Administrativo de Florida, Capítulo 65A-2

**CUIDADO en el HOGAR para el ADULTO DISCAPACITADO**  
Estatutos del Estado de Florida: Capítulo 410  
Código Administrativo de Florida, Capítulo 65C-1

A partir de la información suministrada y conforme a los Estatutos del Estado de Florida al Código Administrativo de Florida, se ha tomado la siguiente decisión, marcada con un "✓":

Su solicitud ha sido APROBADA, vigente a partir de \_\_\_\_\_. Usted es responsable de pagarle al cuidador \$\_\_\_\_\_ después de reservar \$\_\_\_\_\_ de su ingreso para sus necesidades personales.

Su elegibilidad para recibir asistencia financiera del programa especificado más arriba se ha:  NEGADO o  CANCELADO vigente a partir de \_\_\_\_\_ por el motivo o los motivos ofrecido(s) a continuación.

Su asistencia financiera se ha MODIFICADO de \$\_\_\_\_\_ a \$\_\_\_\_\_ vigente a partir de \_\_\_\_\_. Usted es responsable de pagarle al cuidador \$\_\_\_\_\_, después de reservar \$\_\_\_\_\_ de su ingreso para sus necesidades personales.

Usted tiene derecho al siguiente monto dinero complementario para el mes o los meses enumerado(s) a continuación:  
Mes/Año: \_\_\_\_\_ \$ \_\_\_\_\_  
Mes/Año: \_\_\_\_\_ \$ \_\_\_\_\_  
Mes/Año: \_\_\_\_\_ \$ \_\_\_\_\_

**MOTIVO PARA UNA DECISIÓN DE CASO:** La determinación de su elegibilidad para recibir asistencia se basa en las disposiciones de los Estatutos del Estado de Florida y del Código Administrativo citado antes. Su elegibilidad para recibir asistencia financiera se niega o cancela por el motivo o los motivos siguiente(s):

Si tiene algún motivo para creer que es incorrecto, usted tiene derecho a solicitar una audiencia ante un funcionario de audiencias del estado. Usted puede estar acompañado o representado en la audiencia por un abogado, familiar, amigo o cualquier persona que usted determine. Si usted desea tener una audiencia, debe solicitarla por escrito, llamar al centro de atención al cliente o acercarse a la oficina dentro de los 90 días posteriores a la fecha de despacho por correo que se encuentra en el encabezado de este aviso. Si usted solicita una audiencia antes del final del último día del mes antes de la fecha de entrada en vigencia de la decisión adversa, es posible que sus beneficios continúen en las mismas condiciones anteriores hasta la decisión de la audiencia. Usted será responsable de reembolsar todos los beneficios que se hayan continuado si la decisión de la audiencia no es a favor suyo. Si necesita información sobre cómo recibir asesoramiento jurídico gratuito, puede llamar sin cargo al Centro de Atención al Cliente ACCESS Florida al 1-866-762-2237 para obtener un listado de las agencias que brindan asesoramiento jurídico gratuito en la zona donde usted reside.

Conforme a las leyes federales y a la política del estado, el Departamento de Niños y Familias tiene prohibido discriminar debido a cuestiones de raza, color, religión, nacionalidad, sexo, edad, discapacidad, opinión política o estado civil.

Dirección de la oficina/ Número de teléfono

\_\_\_\_\_  
Firma del especialista en elegibilidad