**Fin de la Ayuda Económica para Refugiados – Aviso de la Decisión**

refugee cash assistance termination – notice of decision

La información personal que proporcione puede utilizarse para otros fines [Privacy Law, s. 15.04(1)(m), Wisconsin Statutes].

|  |
| --- |
| **Trabajador actual** |
| Nombre del trabajador      | Número de teléfono      |
| Condado del trabajador      | Región del trabajador (si procede)      |
| **Caso** |
| Nombre del caso      | Número del caso      | Fecha de aviso de la decisión      |
| **Solicitante de empleo** |
| Nombre del solicitante de empleo      | Número de teléfono      |
| Dirección del solicitante de empleo      |
| **Motivo(s) del cese** |
| Este aviso es para informarle que su solicitud de Ayuda Económica para Refugiados (Refugee Cash Assistance, RCA) o Ayuda Médica para Refugiados (Refugee Medical Assistance, RMA) finalizará a partir del      debido al (a los) siguiente(s) motivo(s): |
| [ ]  Sus ingresos de       superan los límites máximos.[ ]  Lleva más de 12 meses en Estados Unidos.[ ]  Se ha determinado que es elegible para recibir beneficios del W-2 o de la Seguridad de Ingreso Suplementario (Supplemental Security Income, SSI) y recibirá ayuda económica a través de ese programa.[ ]  Usted participa actualmente en el Programa de Subvenciones Compartidas para Refugiados y no podrá optar a la RCA antes del      , 4 meses después de la fecha de entrada. Puede solicitar la RCA después de esta fecha.[ ]  Otro       |
| **Información importante** |
| * Su beneficio final de la RCA ascenderá a un monto de $       para el periodo entre       y      .
* Dirija cualquier pregunta relacionada con su RCA o RMA a su trabajador arriba indicado. Si cree que esta decisión es errónea, llame a su trabajador para pedir explicaciones al número indicado más arriba.
* Debe notificar a su trabajador cualquier cambio, como el de empleo o el de residencia, en un plazo de 10 días. No hacerlo puede dar lugar a una decisión negativa sobre su caso.
* Si necesita un traductor, un intérprete de lengua de señas u otro tipo de adaptación por discapacidad, comuníquese con su trabajador.
 |
| **DERECHOS DE APELACIÓN** |
| Tiene derecho a apelar una decisión de la agencia. Si cree que una decisión de la agencia es errónea, llame a su trabajador para que le dé una explicación. También puede solicitar una audiencia imparcial si cree que la decisión es errónea. Las instrucciones para solicitar una audiencia imparcial puede obtenerlas de su trabajador, o puede enviar una solicitud por escrito con su nombre, dirección, número de teléfono, número de la seguridad social y motivo de la apelación a: Division of Hearings and Appeals, PO Box 7875, Madison WI 53707- 7875. Si solicita una audiencia imparcial antes de la fecha de entrada en vigor de cualquier cambio, los beneficios continuarán hasta que se tome la decisión definitiva. Los beneficios no se prolongarán más allá del periodo de elegibilidad de 12 meses. Si la audiencia imparcial confirma que no tiene derecho a los beneficios, tendrá que devolver los beneficios recibidos por error. Debe enviar una solicitud de audiencia imparcial en un plazo de 45 días a partir de la fecha de aviso de la decisión; de lo contrario, el inspector de audiencias no tendrá en cuenta la solicitud. |