**DEPARTMENT OF CHILDREN AND FAMILIES WAH**

Division of Early Care and Education

**Renuncia a la audiencia administrativa**

WAIVER OF ADMINISTRATIVE HEARING

La información personal identificable se utilizará solo para la administración de programas de asistencia pública.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Nombre — Persona principal en el caso | | Número de caso | CARES PIN |
| Dirección |
| Fecha de envío a la persona | | Completada por | Agencia |

**Tenemos evidencia que indica que usted cometió una Violación intencional del programa al: (marque todas las que correspondan)**

Emitir intencionalmente una declaración falsa o engañosa

Tergiversar, ocultar o retener intencionalmente hechos, o

Cometer un acto que constituye una violación de cualquier estatuto o regla administrativa de Wisconsin con el fin de usar, presentar, transferir, adquirir, recibir, poseer o traficar los beneficios de Wisconsin Shares o tarjetas MyWiChildCare.

**Resumen de violaciones y evidencia: (marque todas las que correspondan)**

La supuesta violación específica es:

Colusión entre el padre y el proveedor de cuidado infantil

No se entregó información precisa de los beneficios

No se informó debidamente la colocación de un menor

No se informaron los ingresos por manutención de menores o pensión alimenticia

Se entregó documentación o identificación falsa

No se informó que los ingresos del grupo familiar excedían los límites del programa

No se informó con precisión los miembros del grupo familiar

No se informó el encarcelamiento de uno de los miembros

No se informaron todos los activos

No se reportó una mudanza fuera del estado o cambio de residencia

No se informaron con precisión los ingresos/gastos de un trabajo por cuenta propia

Empleador no calificado para asistencia de cuidado infantil

Proveedor/padre residen juntos

Tergiversación o no declaración de ingresos salariales

Tergiversación de apremio económico

Tergiversación de Búsqueda de actividad aprobada

Se informaron de manera incorrecta o no se informaron cambios en la necesidad de cuidado infantil

Tráfico o mal uso

Se hizo uso de cuidado infantil sin estar en una actividad aprobada

Otro

La siguiente evidencia respalda esta acusación:

Tiene derecho a una audiencia administrativa antes de cualquier acción que tome el estado de Wisconsin para suspenderlo del programa Wisconsin Shares. Si desea tener una audiencia en lugar de firmar este documento, tiene derecho a:

* Revisar la evidencia que se utilizará antes y durante la audiencia y, además, tiene derecho a recibir una copia gratuita de las partes relevantes del expediente de su caso si lo solicita.
* Presentar su caso o hacer que otra persona lo presente por usted, como un abogado, un amigo, un familiar o un trabajador comunitario.
* Traer sus propios testigos.
* Defender su caso libremente.
* Cuestionar cualquier evidencia o declaración hecha en su contra.
* Llevar a la audiencia cualquier evidencia que respalde su caso.
* Permanecer en silencio con respecto a los cargos, ya que cualquier cosa que diga o firme podrá usarse en su contra.

**Si lo desea, puede renunciar a esta audiencia. Si renuncia a la audiencia, su hogar tendrá una reducción en los beneficios y usted será suspendido del programa Wisconsin Shares durante el tiempo que se especifica abajo:**

6 meses por tratarse de su primera violación intencional del programa

1 año por tratarse de su segunda violación intencional del programa

De forma permanente por tratarse de la tercera violación intencional del programa

Si firma esta renuncia, también debe elegir una de las siguientes declaraciones para indicar si admite o no los hechos presentados anteriormente. No tiene que admitir ninguno de los cargos. Tiene derecho a guardar silencio con respecto a los cargos, ya que cualquier cosa que diga o firme podrá usarse en su contra en procedimientos futuros.

Admito los hechos tal como se presentan y entiendo que se impondrá una sanción de suspensión si firmo esta renuncia.

No admito que los hechos expuestos sean correctos. Sin embargo, he optado por firmar esta renuncia y entiendo que resultará en una suspensión.

El Cliente entiende que tiene derecho a apelar el pago en exceso establecido anteriormente ante la Division of Hearings and Appeals (División de Audiencias y Apelaciones). El cliente renuncia consciente y voluntariamente a este derecho y reconoce que recibirá una o más notificaciones sobre este pago en exceso donde le informarán sobre su derecho a apelar. Al firmar esta cláusula, el cliente renuncia a cualquier derecho de apelar este pago en exceso, ahora o en el futuro.

**Para evitar que se lleve a cabo la audiencia, esta renuncia firmada debe devolverse a la agencia local que se indica a continuación:**

Si tiene preguntas, puede llamar a:

|  |  |
| --- | --- |
| Representante de la agencia | Teléfono |
| Dirección | |

|  |  |
| --- | --- |
| Firma del cliente\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Fecha de firma \_\_\_\_\_\_\_\_ |