

**Memorándum Interno
(Interoffice Memorandum)**

Para/Oficina:

Atención:

De: Ronda Johnson, DHS Liaison for Appeals (Enlace de Apelaciones de DHS)

Tema: Apelación N^o
Caso N^o

**Instrucciones para expedir una *Notificación de Descalificación*
(*Notice of Disqualification*)**

Se adjunta *Notificación de Descalificación* (470-0288). La misma debe ser enviada con posterioridad a la Resolución Final de esta apelación. Nuestros registros indican que esta es la 1ra infracción del demandado. Si no está de acuerdo con la cantidad de violaciones intencionales al programa (IPV, por sus siglas en inglés), por favor llame a la Sección de Apelaciones (Appeals Section) al teléfono (515) 281-8774.

Debe enviar esta *Notificación de Descalificación* al demandado.

En el caso de demandados que actualmente reciban Food Assistance (Asistencia para Alimentos), deberá aplicar la descalificación el primer mes que se pueda tomar dicha medida, por medio de registros en el sistema IABC. Después de registrarla, envíe la *Notificación de Descalificación* por correo.

En el caso de demandados que actualmente no estén recibiendo Food Assistance, envíe la notificación en un plazo de 10 días a partir de la fecha de la Resolución Final.

A continuación se explica cómo llenar la *Notificación de Descalificación*:

1. Haga clic en “Tools” (Herramientas), después elija la opción “Protect Document” (Proteger documento). A continuación, haga clic en “Forms” (Formularios) y luego haga clic en “OK” (Aceptar). Esto le permitirá escribir la información necesaria. En caso contrario, puede imprimir la notificación y llenarla a mano.
2. Haga clic en las casillas de color gris ubicadas en la parte superior de la carta y complete los campos “Fecha de notificación”, “Condado”, “Nombre del Asistente”, “Número del Asistente” y “Teléfono”.
3. Para registrar si ésta es la 1ra, 2da o 3ra infracción del demandado, haga clic en la caja de lista desplegable y luego elija el número correcto.
4. Escriba la fecha de inicio y la fecha de finalización del período de descalificación, si corresponde. En el caso de demandados que actualmente no estén recibiendo Food Assistance, la fecha de inicio será el mes siguiente al mes en que se expidió la Resolución Final.

5. Haga clic en la casilla de verificación y complete la sección correspondiente a la elegibilidad para Food Assistance del resto de la familia.
6. Escriba su nombre o firme al pie de la carta.
7. Haga dos copias. Envíe el original al demandado, guarde una copia en su expediente del caso y envíe la otra copia por fax a Appeals Section al teléfono (515) 281-4597 para el expediente de la apelación.

**Notice of Disqualification
(Notificación de Descalificación)**

Fecha de notificación:
Condado:
Número del Asistente:
Nombre del Asistente:
Teléfono:

Estimado/a

Usted cometió la 1ra violación intencional al programa (IPV, en inglés). Por dicha razón, no recibirá Food Assistance (Asistencia Alimentaria) durante el siguiente período de tiempo:

- Un período de 12 meses que comenzará el _____ y finalizará el _____.
- No recibirá Food Assistance nuevamente porque ha sido sancionado de por vida.

El gobierno estatal y el gobierno federal también pueden iniciar un juicio en su contra u obligarlo a reintegrar el monto de Food Assistance que su familia recibió por error.

- El resto de los miembros de su familia pueden recibir Food Assistance. Este beneficio comenzará el _____ y finalizará el _____. El monto de Food Assistance que su familia puede recibir podría cambiar de acuerdo a otros factores de elegibilidad. Si el monto de Food Assistance cambia, la familia recibirá una nueva Notificación de Resolución. Una vez que el período de certificación finalice, su familia deberá llenar una nueva solicitud en la oficina local de DHS.
- El resto de los miembros de su familia podrían recibir Food Assistance, pero deberán llenar una nueva solicitud en la oficina local de DHS.
- El resto de los miembros de su familia ya no pueden recibir Food Assistance.

Si cree que se ha tomado una decisión equivocada con respecto a Food Assistance para su familia, puede apelar. Si desea hacer preguntas, llámeme al teléfono indicado anteriormente.

Muchas gracias por su colaboración.

Income Maintenance Worker
(Asistente de Mantenimiento del Ingreso)