



## Appeal and Request for Hearing (Apelación y solicitud de audiencia)

### ¿Quién es el Apelante?

Nombre	Inicial segundo nombre	Apellido	
Dirección postal			
Ciudad	Estado	Código Postal	Número de teléfono
Fecha de nacimiento	Dirección del condado		Número de caso o cuenta, si lo sabe
Su firma			Fecha

### ¿Qué está apelando?

Marque los programas que desea apelar:

- |   |   |   |   |
|---|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Adopción                         | <input type="checkbox"/> Abuso de adulto                    | <input type="checkbox"/> Atribución de recursos             | <input type="checkbox"/> Asistencia de dinero en efectivo |
| <input type="checkbox"/> Abuso infantil                   | <input type="checkbox"/> Asistencia para guardería infantil | <input type="checkbox"/> Manutención de menores             | <input type="checkbox"/> Asistencia alimenticia           |
| <input type="checkbox"/> Cuidado tutelar                  | <input type="checkbox"/> Hawki                              | <input type="checkbox"/> Medicaid, incluidas las exenciones | <input type="checkbox"/> PROMISE JOBS                     |
| <input type="checkbox"/> Asistencia estatal suplementaria | Otro: _____   |   |   |

Indíquenos por qué está apelando:

¿Desea que se mantengan sus beneficios durante su apelación?  
(Si pierde la apelación es posible que deba devolver los beneficios).  Sí  No

¿Desea sostener una conferencia informal con su trabajador?  Sí  No

¿Necesita ayuda con su apelación debido a que es ciego o tiene problemas de audición?  Sí  No

¿Desea contar con un intérprete de idiomas para su audiencia?  Sí  No

Si su respuesta es afirmativa, ¿para qué idioma? \_\_\_\_\_

Si alguien le ayuda con su apelación, escriba a continuación el nombre y la dirección de dicha persona. **No es obligación incluir a alguien en este apartado. (Si está apelando un caso de abuso infantil o abuso de adultos, entonces solo un abogado puede ayudarle con su apelación).**

Nombre	Número de teléfono		
Dirección postal	Ciudad	Estado	Código Postal

Envíe su apelación por correo postal, fax o correo electrónico a:

Department of Human Services, Appeals Section 5<sup>th</sup> Floor, Des Moines, Iowa 50319-0114  
Fax: (515) 564-4044 Correo electrónico: [appeals@dhs.state.ia.us](mailto:appeals@dhs.state.ia.us)