



# Colorado

## Departamento de Personal y Administración

Oficina de Tribunales Contencioso-Administrativos (OAC)

1525 Sherman Street, 4<sup>th</sup> Floor | Denver, CO 80203 | [www.colorado.gov/oac](http://www.colorado.gov/oac)

### SOLICITUD DE AUDIENCIA A NIVEL ESTATAL

#### Sección A: información de contacto

Primer nombre

Segundo nombre

Apellido

Sufijo

Compañía

Dirección

Ciudad

Estado

Código postal

Teléfono

Correo electrónico

Fecha de nacimiento

N.º de CBMS o Health First

#### Sección B: información de contacto del representante

Marque esta casilla si desea que alguien más lo represente y complete la información que aparece a continuación. Lea las instrucciones.

Núm. de reg. de abogado (ingrese si su representante es un abogado profesional)

Primer nombre

Segundo nombre

Apellido

Sufijo

Compañía

Dirección

Ciudad

Estado

Código postal

Teléfono

Correo electrónico

#### Sección C: información de la apelación

Solicito una audiencia a nivel estatal ante un Juez de derecho administrativo. Apelo la decisión de rechazar lo siguiente: (Marque todas las opciones que correspondan)

Asistencia alimentaria

Colorado Works/TANF

Asistencia para el cuidado de niños

Ayuda para discapacitados necesitados (AND)

LEAP

Pensión para adultos mayores (OAP)

Adopción subsidiada

Asignación de cuidado domiciliario

Denegación de autorización previa

Health First CO (Medicaid)

Cuidados a largo plazo

Determinación de discapacidad (DDS)

Otro \_\_\_\_\_

¿Qué pasó con su asistencia?  Finalizó  Solicitud rechazada  Recuperación del sobrepago  El importe cambió

Otro \_\_\_\_\_

#### Sección D: información de la agencia

Indique el condado o la agencia que le notificó esta decisión adversa a continuación. Además, adjunte una copia de cualquier aviso que haya recibido del condado o la agencia que le notifica esta decisión.

Departamento de Servicios Humanos o Sociales del Condado de \_\_\_\_\_

Departamento de Servicios Humanos Estatal

Departamento de Políticas y Financiamiento de Atención Médica Estatal

Otro \_\_\_\_\_

Si mi domicilio o número de teléfono cambia, notificaré inmediatamente a la Oficina de Tribunales Contencioso-Administrativos a la dirección anterior o llamaré al (303) 866-5626.

Firma del apelante: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

## **Instrucciones para completar el formulario de solicitud de audiencia a nivel estatal**

### **Sección A: información de contacto**

La Oficina de Tribunales Contencioso-Administrativos necesitará saber quién es usted y cómo podemos contactarlo para abrir un caso. Dado que usted es la persona que apela, se lo denominará Apelante. Complete la sección A con su nombre, dirección y número de teléfono.

### **Sección B: representación**

Esta sección es opcional. En muchos casos que involucran beneficios (cupones de alimentos, Medicaid, pensión para personas adultas, asignación de cuidado domiciliario, etc.), usted puede elegir ser representado por alguien, sin importar si es un abogado profesional o no. Si desea ser representado por alguien, deberá marcar la primera casilla en la Sección B indicando que será representado por alguien y proporcionar su nombre, dirección y número de teléfono. Su representante deberá enviar a la OAC una carta escrita indicando que acepta representarlo.

### **Sección C: información de la apelación**

Para que podamos abrir su caso, necesitamos saber de qué se trata. Usted debería haber recibido algo del Departamento de Servicios Humanos/Sociales de su Condado, los Departamentos Estatales de Servicios Humanos o Políticas y Financiamiento de Atención Médica, una Junta de un Centro Comunitario local u otra agencia diciendo que se le negó un beneficio o que se terminó o redujo un beneficio que tiene. La OAC tendrá que saber cuál es ese beneficio y también qué acción (terminación, reducción, etc.) se produjo.

### **Sección D: información de la agencia**

La OAC también necesita saber qué agencia tomó la decisión de rechazar, terminar o reducir su beneficio. Deberá introducir esta información en la Sección D.

### **Finalmente, debe firmar el formulario para que la OAC abra un caso por usted.**

Si tiene, adjunte copias de todo aviso o carta que haya recibido de la agencia con respecto a la denegación, terminación o reducción de beneficios.

Las apelaciones deben enviarse por correo a:

Office of Administrative Courts  
1525 Sherman Street 4<sup>th</sup> Floor  
Denver, CO 80203

O, si tiene menos de 10 páginas, puede enviarse por fax al **303-866-5909**.

En la mayoría de los casos, la OAC procesará su apelación dentro de 5 días hábiles. Por lo general, su Aviso de Apelación se le enviará por correo dentro de los 14 días de la fecha en que la OAC recibió su solicitud de audiencia. En la mayoría de los casos, usted recibirá un Aviso de Audiencia que especificará la fecha, hora y lugar de su audiencia, al menos 30 días antes de la fecha de la audiencia.

Si tiene preguntas adicionales, puede llamar a los secretarios de Servicios Generales al 303-866-5626.