



# 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			Sección B: información de contacto del representante		
Primer nombre _____		Segundo nombre _____	<input type="checkbox"/> Marque esta casilla si desea que alguien más lo represente y complete la información que aparece a continuación. Lea las instrucciones.		
Apellido _____		Sufijo _____	Núm. de reg. de abogado (ingrese si su representante es un abogado profesional) _____		
Compañía _____			Primer nombre _____		Segundo nombre _____
Dirección _____			Apellido _____		Sufijo _____
Ciudad _____	Estado _____	Código postal _____	Compañía _____		
Teléfono _____			Dirección _____		
Correo electrónico _____			Ciudad _____		Estado _____
Fecha de nacimiento _____		N.º de CBMS o Health First _____	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)					
<input type="checkbox"/> Asistencia alimentaria	<input type="checkbox"/> Colorado Works/TANF	<input type="checkbox"/> Asistencia para el cuidado de niños	<input type="checkbox"/> Ayuda para discapacitados necesitados (AND)		
<input type="checkbox"/> LEAP	<input type="checkbox"/> Pensión para adultos mayores (OAP)	<input type="checkbox"/> Adopción subsidiada	<input type="checkbox"/> Asignación de cuidado domiciliario		
<input type="checkbox"/> Denegación de autorización previa	<input type="checkbox"/> Health First CO (Medicaid)	<input type="checkbox"/> Cuidados a largo plazo	<input type="checkbox"/> Determinación de discapacidad (DDS)		
<input type="checkbox"/> Otro _____					
¿Qué pasó con su asistencia? <input type="checkbox"/> Finalizó <input type="checkbox"/> Solicitud rechazada <input type="checkbox"/> Recuperación del sobrepago <input type="checkbox"/> El importe cambió					
<input type="checkbox"/> 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.					
<input type="checkbox"/> Departamento de Servicios Humanos o Sociales del Condado de _____					
<input type="checkbox"/> Departamento de Servicios Humanos Estatal			<input type="checkbox"/> Departamento de Políticas y Financiamiento de Atención Médica Estatal		
<input type="checkbox"/> 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.