

Fecha

Cargo, Nombre Apellido

Dirección

Ciudad, Estado, Código Postal

Estimado/a **Cargo, Apellido:**

**¡Por favor, póngase en contacto con nosotros inmediatamente llamando al siguiente número!**

Cierta información que utilizamos para evaluar la elegibilidad de su familia para recibir apoyo económico para el cuidado de niños parece ser incorrecta. Por favor ayúdenos a obtener la información correcta.

Para continuar brindándole apoyo económico, debemos contar con información precisa sobre usted y su familia. Debemos recibir [ingrese una descripción clara del/de los documento/s] en nuestras oficinas **antes del día [ingrese la fecha y hora correspondientes a 15 días a partir de la fecha de la carta]**.

Dejaremos de pagar el apoyo económico para el cuidado de niños inmediatamente, si:

* usted no nos proporciona la información requerida antes de la fecha mencionada anteriormente; o
* la información que usted nos proporciona no es correcto y le hace inelegible.

¡Llámenos tan pronto posible al número de teléfono que aparece a continuación! Gracias.

Atentamente,

### Nombre

Cargo

Número de teléfono e interno

Dirección de e-mail

Nombre: N.º ID: Últimos 4 dígitos del NSS: Fecha:

Tiene derecho a una revisión de la decisión de Workforce Solutions de reducir o interrumpir su apoyo económico para el cuidado de niños. Debemos recibir su solicitud por escrito para revisar la decisión dentro del plazo de quince (15) días a partir de la fecha de esta carta. Debe enviar la solicitud por correo a la siguiente dirección o entregarla en persona en cualquiera de las oficinas de orientación profesional de Workforce Solutions.

Workforce Solutions – Gulf Coast Workforce Board

Attn: Financial Aid Appeals

Dirección

Ciudad, Estado, Código Postal

Número de fax, Dirección de e-mail

Puede presentar su solicitud por escrito para revisar la decisión de reducir o interrumpir el apoyo económico en las siguientes líneas. Asimismo, puede incluir páginas adicionales si el espacio proporcionado no es suficiente.

1. ¿Cuál es la decisión que se debe revisar? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
2. ¿Qué solución recomienda? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
3. ¿Adjunta documentos de respaldo que considera relevantes? [ ]  Sí [ ]  No

Le haremos llegar nuestra decisión dentro del plazo de 30 días a partir de la fecha en que recibamos su recomendación. Si no estamos de acuerdo con ella, nos pondremos en contacto con usted para programar una audiencia con un oficial de audiencias.

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

Nombre en imprenta: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Número de teléfono: \_\_\_\_\_\_\_\_

Dirección postal: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

¿Desea que nos comuniquemos con usted por mensaje de texto? [ ]  Sí [ ]  No **(Se pueden aplicar las tarifas correspondientes de la operadora.)**

¿Cómo prefiere que lo contactemos? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*Workforce Solutions puede continuar su apoyo económico mientras la apelación esté pendiente de resolución. Sin embargo, si la decisión definitiva deniega el apoyo económico, le solicitaremos que nos reembolse el dinero que le pagamos durante el proceso de apelación.*

 [ ]  Si esta casilla está marcada y la ley lo permite, Workforce Solutions continuará con el apoyo económico para el cuidado de niños hasta la decisión definitiva de su apelación. Si la decisión deniega el apoyo económico, le solicitaremos que nos reembolse el dinero que le pagamos durante el proceso de apelación.