



TEXAS
Health and Human
Services

Date/Fecha		OIG Case No. /Núm. de caso de la OIG	
Individual No./ Núm. de la persona		Appeal ID/ Identificación de la apelación	
Name of Hearing Officer/Nombre del Funcionario de la Audiencia			
Office Address and Telephone No./Oficina y Teléfono			

Notice of Administrative Disqualification Hearing/
Aviso de audiencia administrativa de descalificación

Your hearing will be held by telephone and the hearings officer will call you at the phone number listed below./ Su audiencia se realizará por teléfono y el funcionario de audiencias le llamará en el número de teléfono que se enumeran a continuación.

Date/Fecha	Time/Hora	Telephone No./Núm de Telefono
------------	-----------	-------------------------------

You have been charged with an intentional violation of the SNAP and/or TANF program. If the hearings officer finds that you committed this violation, you will be disqualified from the SNAP program and/or the TANF program for the following periods:

Se le ha acusado de haber cometido una violación intencional de las reglas del programa SNAP o de TANF. Si el funcionario de audiencias lo halla culpable de haber cometido la violación, usted será descalificado del programa de SNAP Y del programa de TANF por el periodo indicado a continuación:

TANF

<input type="checkbox"/> Not Applicable No es pertinente	<input type="checkbox"/> For 1 Year Por 1 Año	<input type="checkbox"/> For 2 Years Por 2 Años	<input type="checkbox"/> For 10 Years Por 10 Años	<input type="checkbox"/> Permanently Permanentemente
--	---	---	---	--

SNAP

<input type="checkbox"/> Not Applicable No es pertinente	<input type="checkbox"/> For 1 Year Por 1 Año	<input type="checkbox"/> For 2 Years Por 2 Años	<input type="checkbox"/> For 10 Years Por 10 Años	<input type="checkbox"/> Permanently Permanentemente
--	---	---	---	--

A description of the hearing process and a statement of your rights is enclosed.

Adjunto encontrará una descripción del proceso de la audiencia y una declaración de sus derechos.

If you need an interpreter for a language other than English, an interpreter for the hearing impaired, wheelchair access or other special accommodations, please contact the Hearings Office at least five (5) days before the hearing appointment date shown above. The hearing officer's telephone number is at the top of this notice.

Si necesita un intérprete para otro idioma aparte del inglés o para el lenguaje de señas, acceso para silla de ruedas u otro tipo de arreglo especial, por favor, comuníquese con la Oficina de Audiencias por lo menos cinco (5) días antes de la fecha de la audiencia mencionada anteriormente. El número de teléfono del funcionario de audiencias aparece en la parte superior de este aviso.

Federal tax information about you may be a basis for the action that will be reviewed. By participating in the hearing, you are agreeing that this information can be shared with the other persons participating in the hearing.

Su información de impuestos federales puede ser el fundamento de la acción que se revisará. Al participar en la audiencia, usted está de acuerdo en proporcionar esta información a las demás personas que participan en la audiencia.

cc:

For free legal assistance, contact/Para asistencia legal gratis, comuníquese con:

--