



Four corner brackets forming a square shape.

Date/Fecha

Case Manager/Trabajador
Office Address and Telephone No./Oficina y Teléfono

Termination, Reduction or Denial of CLASS

Terminación, Reducción o Negación de CLASS

You are no longer eligible for the Community Living Assistance and Support Services (CLASS) program or your services are being reduced effective

Sus beneficios del Programa de Servicios de Apoyo y Asistencia para Vivir en la Comunidad (CLASS) han sido terminados, reducidos o negados a partir de

Date/Fecha

The reason for the termination, reduction or denial is:

La razón de la terminación, reducción o negación es:

Five horizontal lines for providing the reason for termination, reduction or denial.

You may request a hearing to appeal this decision. If you want a hearing, please complete the Request for Appeal (see Page 2) and return this notice to me at the address above. If you do not request a hearing within 90 days of the date of this notice, you lose your right to a hearing.

Usted puede pedir una audiencia para apelar esta decisión. Si desea una audiencia, sírvase llenar la Solicitud de Apelación (vea la página 2), y devolverme este aviso a la dirección que se da arriba. Pierde su derecho de apelar si no pide una audiencia dentro de los 90 días de la fecha de este aviso.

Signature - Case Manager/Firma - Administrador del Caso

You may request a hearing to appeal this decision. Your right to appeal this decision is lost 90 days from the date of this notice.

If you request a hearing, you may represent yourself or you may be represented by an authorized representative, a relative, a friend or legal counsel. Free legal help is available in many communities; call your local DADS office for information.

If you want a hearing, please check the box at the bottom of this notice, sign your name, enter the date and return this notice to me at the address on the front. You may also request a hearing in person or by telephone.

If you request a hearing within 10 days of the date this form has been completed, you will continue to receive CLASS services until a hearing officer issues a formal decision.

Whether or not you want a hearing, you may request an informal conference to discuss your situation. If you want a conference, please contact me and I will make the arrangements.

If you do not want a hearing, do not return this notice. If you do not return your request for a hearing within 90 days from the date of this notice, you lose your right to a hearing.

Usted puede pedir una audiencia para apelar esta decisión. Pierde el derecho de apelar a los 90 días de la fecha de este aviso.

En la audiencia, usted mismo puede representarse o puede nombrar a otra persona – un pariente, amigo o abogado – como su representante autorizado. En muchos lugares se pueden obtener los servicios de abogado gratis. La oficina local del Departamento de para Adultos Mayores y Personas Discapacitadas de Texas (DADS) puede darle información sobre cómo obtenerlos.

Si desea la audiencia, marque el lugar indicado abajo, firme su nombre, ponga la fecha y devuélvame este aviso (vea la dirección al dorso). También puede pedir la audiencia en persona o por teléfono.

Si pide una audiencia dentro de los 10 días de la fecha en que se llenó esta forma, continuará recibiendo los servicios CLASS hasta que un funcionario de audiencias dicte una decisión formal.

Ya sea que quiera o no la audiencia, puede pedir una cita informal para hablar de su situación. Si desea la cita, avísame y haré los arreglos necesarios.

Si no desea una audiencia, no devuelva este aviso. Si dentro de los 90 días de la fecha de este aviso usted no manda su solicitud para una audiencia, pierde el derecho a la audiencia.

Request for Appeal

Solicitud de Apelacion

I file this as my appeal and want a hearing before a department hearing officer.

Presento mi apelación y por este medio deseo una audiencia ante un funcionario de audiencias del departamento.

Signature – Applicant/Firma – Solicitante

Date/Fecha