

Fecha

Cargo, nombre y apellido

Dirección

Ciudad, estado, código postal

Estimado/a **cargo, apellido:**

Workforce Solutions ya no brindará apoyo económico para el cuidado de los niños de su familia porque:

- Usted no nos envió los documentos de elegibilidad solicitados antes del plazo límite estipulado.
- Usted no está trabajando o estudiando, ni trabajando y estudiando, por lo menos 30 horas a la semana.
- Los ingresos de su familia exceden el nivel permitido para recibir apoyo económico
- Usted no puede recibir apoyo económico para el cuidado de los niños mientras asiste a la escuela porque tiene más de sesenta y cinco (65) horas crédito o dos (2) años de educación post-secundaria.

Tiene 15 días a partir de la fecha de esta carta para apelar de esta decisión. Si tiene alguna duda, contáctenos en la dirección de la oficina que aparece a continuación.

Atentamente,

Nombre

Cargo

Nombre de la oficina, dirección, número de teléfono, correo electrónico



Formulario de apelación de apoyo económico para el cuidado de niños

Nombre:

Número de identificación:

Fecha:

Usted tiene derecho a que se realice una revisión de la decisión tomada por Workforce Solutions de reducir o interrumpir el apoyo económico para el cuidado de los niños. Debemos recibir su solicitud por escrito para revisar la decisión dentro de los quince (15) días a partir de la fecha de esta carta. La solicitud deberá ser enviada por correo a la dirección que aparece a continuación o entregada personalmente a cualquiera de las oficinas de asesoramiento de Workforce Solutions.

Workforce Solutions – Gulf Coast Workforce Board
Atn.: Child Care Financial Aid Appeals
Domicilio
Ciudad, estado, código postal

Usted puede presentar su solicitud por escrito para que se revise la decisión de reducir o interrumpir el apoyo económico en las líneas incluidas a continuación. Puede incluir páginas adicionales si el espacio de abajo no es suficiente.

1) ¿Qué decisión quiere que sea revisada? _____

2) ¿Cuál es la solución que recomienda? _____

3) ¿Va a entregar los documentos respaldatorios que considere relevantes? Sí No

Le enviaremos nuestra decisión dentro de los 30 días a partir de la fecha en que hayamos recibido su recomendación. Si no estuviésemos de acuerdo con su recomendación, le remitiremos una apelación en representación suya a la Comisión Laboral de Texas (TWC). La Comisión de Laboral de Texas (TWC) se contactará con usted para fijar una audiencia ante el funcionario de la Comisión Laboral de Texas (TWC) encargado de presidir las audiencias.

Firma: _____ Fecha: _____

Nombre en letra de imprenta: _____ Número de teléfono: _____