



PROCEDIMIENTOS DE AUDIENCIA JUSTA DEL PROGRAMA DE NUTRICIÓN DEL MERCADO DE PRODUCTORES PARA ADULTOS

USTED TIENE DERECHO A SOLICITAR UNA AUDIENCIA JUSTA SI NO ESTÁ CONFORME CON LOS PROCEDIMIENTOS DE APELACIÓN DE LA AGENCIA LOCAL PORQUE:

1. rechazaron su ingreso al Programa de Nutrición del Mercado de Productores para Adultos Mayores (Senior Farmers' Market Nutrition Program, SFMNP); o
2. fue descalificado durante un período de certificación; o
3. fue dado de baja del Programa de Nutrición del Mercado de Productores para Adultos Mayores y no está conforme con los motivos informados.

Usted tiene derecho a una audiencia justa ante un representante imparcial (oficial de audiencias) de la agencia local. Si usted sigue disconforme después de recibir la decisión de un oficial de audiencias, entonces tiene derecho a solicitar, y recibir, una reconsideración de la decisión de parte del Departamento de Servicios Humanos de Illinois (Illinois Department of Human Services, IDHS). Si la decisión del Departamento no es aceptable, entonces tiene derecho a una revisión judicial de la decisión definitiva del Departamento.

CÓMO SOLICITAR UNA AUDIENCIA JUSTA:

- a. la audiencia justa debe solicitarse dentro de los sesenta (60) días de la fecha en la cual la agencia que emite el SFMNP le informa a usted (el solicitante o participante) que fue dado de baja o no es elegible. LA SOLICITUD DE AUDIENCIA JUSTA DEBE PRESENTARSE POR ESCRITO. Si usted solicita asistencia, la agencia local que emite el SFMNP debe ayudarle a redactar la solicitud. La agencia que emite el beneficio del SFMNP tiene a disposición un FORMULARIO DE SOLICITUD DE AUDIENCIA JUSTA.
- b. La SOLICITUD DE AUDIENCIA JUSTA debe entregarse a la agencia local que emite el beneficio del SFMNP.
- c. Usted recibirá un aviso con la fecha, el horario y el lugar del audiencia con un mínimo de diez (10) días de anticipación a la fecha de la audiencia. El aviso de la audiencia incluirá una explicación del proceso de audiencia.
- d. En la audiencia, cualquier posición o argumento en su nombre puede ser presentado en forma personal o a través de un representante, como un pariente, amigo, abogado u otro vocero suyo.
- e. La audiencia se realizará dentro de los veintiún (21) días, y la decisión del oficial de audiencias justas se comunicará dentro de los cuarenta y cinco (45) días de la fecha en la que se recibió la solicitud de audiencia.
- f. La decisión del oficial de audiencias deberá comunicarse por escrito y, como mínimo, deberá incluir lo siguiente: un resumen del testimonio (hechos); la identidad de la regulación; determinaciones de hecho específicas (motivos de la decisión) y la decisión.

UNA SOLICITUD DE AUDIENCIA JUSTA SERÁ RECHAZADA EN LOS SIGUIENTE CASO

1. usted no envió la solicitud escrita dentro de los sesenta (60) días, como se indica anteriormente; o
2. usted, o su representante, retiraron su solicitud escrita mediante la presentación de una solicitud de retiro a la agencia local que emite el beneficio del SFMNP; o
3. usted, o su representante, no se presentaron en la audiencia programada sin causa justa; o
4. su participación fue rechazada en una audiencia anterior, y no puede brindar evidencias que indiquen que las circunstancias relevantes al cumplimiento de requisitos del Programa cambiaron para justificar otra audiencia.

CÓMO APELAR LA DECISIÓN DEL OFICIAL DE AUDIENCIAS:

- a. si no está conforme con la decisión del Oficial de Audiencias, tiene quince (15) días a partir de la fecha en la cual recibió el aviso para comunicarse con la agencia local que emite el beneficio SFMNP, en forma escrita o presencial, indicando que usted quiere una reconsideración del Departamento de Servicios Humanos de Illinois.
- b. La agencia local que emite el beneficio SFMNP enviará el registro completo de la audiencia al Departamento de Servicios Humanos de Illinois dentro de los cinco (5) días de su solicitud de reconsideración.
- c. El Departamento de Servicios Humanos de Illinois le comunicará los resultados de la reconsideración dentro de los quince (15) días de haber recibido el registro. Si la agencia local envía un registro incompleto, o si se considera necesario para tomar una decisión justa, el Departamento de Servicios Humanos de Illinois coordinará otra audiencia a nivel estatal.



Estado de Illinois

Departamento de Servicios Humanos. División de Servicios Familiares y Comunitarios

**PROCEDIMIENTOS DE AUDIENCIA JUSTA DEL PROGRAMA DE
NUTRICIÓN DEL MERCADO DE PRODUCTORES PARA ADULTOS**

- d. Si no está de acuerdo con la solicitud de reconsideración, o con la decisión del Oficial de Audiencias del Estado, podrá obtener una revisión judicial conforme a la Ley de Revisión Administrativa de Illinois, Estatuto Revisado de Illinois, Capítulo 110, párrafo 264 y siguientes. Debe presentar su queja ante el Departamento de Servicios Humanos de Illinois dentro de los treinta y cinco (35) días de la fecha en la cual recibió una copia de la decisión.

Esta institución es un prestador que brinda igualdad de oportunidades.



**PROCEDIMIENTOS DE AUDIENCIA JUSTA DEL PROGRAMA DE
NUTRICIÓN DEL MERCADO DE PRODUCTORES PARA ADULTOS**

FORMULARIO DE SOLICITUD DE AUDIENCIA JUSTA

Yo,

Nombre del apelante

Dirección

Ciudad/Estado

Código postal

Número de teléfono

por la presente apelo ante

Agencia local que certifica el SFMNP

solicito una audiencia justa porque: (escriba de la forma más clara y específica posible para describir por qué solicita una audiencia justa a continuación).

Nombre del apelante

Fecha

Envíe este formulario a la agencia emisora de beneficios del SFMNP.

PARA USO DE LA AGENCIA: Para ser completado por la agencia local

Fecha de recepción de la solicitud de audiencia justa: _____

Fecha de envío del aviso de audiencia: _____

Fecha de audiencia y determinación: _____

Fecha de audiencia y determinación: _____

Fecha de recepción de la solicitud de reconsideración del apelante: _____

Fecha de envío del registro de la audiencia al Programa del Mercado de Productores del IDHS: _____

This Institution is an equal opportunity provider.