**Resumen y Decisión de la Revisión de Determinación de Hechos**

FACT FINDING REVIEW SUMMARY AND DECISION

El Determinador de Hechos debe completar este formulario o su equivalente después de la cita para la Revisión de Determinación de Hechos. El Determinador de Hechos puede usar este formulario para expedir un resumen y la decisión o puede crear un documento separado que incluya cada uno de los ítems previstos en este formulario. La información personal que usted proporcione puede usarse para otros propósitos [Privacy Law, s. 15.04(1)(m), Wisconsin Statutes].

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Nombre del peticionante | | | | Número de caso | | | |
| PIN | | | Fecha de la reunión para la Determinación de Hechos | | | | |
| Se presentó:  En persona  Representado  No se presentó/Abandonó | | | | | | | |
| Presentes | | | | | | | |
| Programa(s) Afectado(s): (marque todo lo que corresponda)  W-2  Asistencia de Emergencia  Préstamo de Acceso al Empleo | | | | | | | |
| Razón de la Determinación de Hechos | | | | | | | |
| Resumen brebe de declaraciones | | | | | | | |
| Decisión de la Determinación de Hechos: (Cite Manual de Normas, Memorandos de Operaciones, Estatutos, etc.) | | | | | | | |
| **Decisión de la Determinación de Hechos** | | | | | | | |
|  | **Determinación de Hechos abandonada** | | | | | | |
|  | Usted no asistió a su cita para la Revisión de Determinación de Hechos. Usted tiene 7 días hábiles a partir de la fecha de su cita programada para la Revisión de Determinación de Hechos para dar una buena razón por no haber asistido a la misma. Si la agencia W-2 está de acuerdo con su razón, se volverá a programar la Determinación de Hechos. Si usted no está de acuerdo con la decisión de la agencia de su razón, se puede pedir una Revisión Departamental de esta decisión. Debe pedir una Revisión Departamental dentro de los 21 días de la fecha de la decisión de la Determinación de Hechos. Para pedir una Revisión Departamental, envíe una solicitud por escrito a: Department of Administration, Division of Hearings and Appeals, PO Box 7875, Madison, WI 53707-7875. | | | | | | |
|  | **Acción confirmada de la agencia W-2** | | | | | | |
|  | El Determinador de Hechos decidió que la agencia W-2 tomó la decisión correcta. Si usted no está de acuerdo con la decisión del Determinador de Hechos, puede pedir una Revisión Departamental. Debe pedir una Revisión Departamental de asuntos de W-2 y Préstamos de Acceso al Empleo dentro de los 21 días de la fecha de la decisión que se indica abajo. Para asuntos de Asistencia de Emergencia, debe solicitar una Revisión Departamental dentro de los 14 días de la fecha de la decisión que se indica abajo. No se aceptarán solicitudes después de esos plazos. Para pedir una Revisión Departamental, envíe una solicitud por escrito a: Department of Administration, Division of Hearings and Appeals, PO Box 7875, Madison, WI 53707-7875. | | | | | | |
|  | **Acción anulada de la agencia W-2** | | | | | | |
|  | El Determinador de Hechos decidió que la agencia W-2 tomó una decisión incorrecta. Si la agencia W-2 no ha arreglado su decisión dentro de los 10 días de la fecha de la decisión que se indica abajo, puede llamar al Bureau of Working Families al 608-535-3665 para que le ayuden. | | | | | | |
|  | | | | | | | |
| Firma del Determinador de Hechos | | Teléfono de la agencia W-2 | | | | Fecha de la decisión | |
| Nombre de la agencia W-2 | | | | | | | |
| Dirección de la agencia W-2 | | Ciudad | | | Estado | | Código postal |
|  | | | | | | | |
| **AUDIENCIA IMPARCIAL**  El proceso de la Determinación de Hechos sólo se aplica a W-2, Préstamos de Acceso al Empleo y Asistencia de Emergencia. Puede solicitar una audiencia imparcial separada por una negación o reducción de beneficios de FoodShare, BadgerCare Plus, Medicaid y/o Child Care. La audiencia imparcial se debe pedir en un plazo de 45 días a partir de la fecha de vigencia de la acción para BadgerCare Plus, Medicaid y Child Care, y de 90 días a partir de la fecha de vigencia para FoodShare, o en cualquier momento mientras esté obteniendo beneficios si no está de acuerdo con el monto del beneficio. Para pedir una audiencia imparcial, envíe una solicitud por escrito a: Department of Administration, Division of Hearings and Appeals, PO Box 7875, Madison, WI 53707-7875. | | | | | | | |