



Renuncia a la audiencia administrativa por descalificación

Waiver of Administrative Disqualification Hearing

Para programas de asistencia alimenticia de Washington

FECHA	NOMBRE DEL CLIENTE	NÚMERO DE SEGURO SOCIAL DEL CLIENTE	FECHA DE NACIMIENTO DEL CLIENTE	NÚMERO DE ID DEL CLIENTE
-------	--------------------	-------------------------------------	---------------------------------	--------------------------

Se le ha derivad a una audiencia administrativa debido a que creemos que ha cometido una infracción intencional del programa (por sus siglas en inglés, "IPV"). Tiene derecho a comparecer en la audiencia e impugnar las acusaciones en su contra. También tiene el derecho a renunciar a su derecho a una audiencia. **Si decide renunciar a su audiencia, necesita conocer la siguiente información:**

1. Si firma este convenio, quedará descalificado para recibir beneficios y habrá una reducción en los beneficios durante todo el período de descalificación, incluso si no admite los hechos alegados por la agencia estatal.
2. Usted no tiene que aceptar ninguna de las acusaciones. Tiene derecho a permanecer callado en lo referente a las acusaciones, ya que todo lo que diga o firme podría ser usado ante un tribunal.
3. Si firma esta renuncia, también debe elegir una de las siguientes afirmaciones para indicar si admite o no los hechos alegados:
 - Admito los hechos tal y como fueron presentados y entiendo que se me impondrá una pena de descalificación si firmo esta renuncia.
 - No admito que los hechos tal y como fueron presentados sean correctos. Sin embargo, he decidido formar esta renuncia y entiendo que se me impondrá una pena de descalificación.
4. Los demás miembros adultos del hogar, de haberlos, serán responsables del pago de la reclamación resultante.
5. La sanción será la misma tanto si decide tener una audiencia y es declarado culpable como su renuncia a la audiencia.

Esta renuncia debe se devuelta antes de que transcurran _____ días de la fecha que aparece arriba. Si no se devuelve una renuncia al departamento, se programará una audiencia administrativa.

Si la persona acusada no es el jefe de familia, el jefe de familia también debe firmar esta renuncia tal y como se establece en 7 CFR 273.16(3).

Para obtener más información, puede comunicarse con _____ al _____.

Explicación de sus derechos de audiencia

Si no admite que los hechos tal y como fueron presentados sean correctos y desea ejercer su derecho a una audiencia administrativa, o necesita hacer nada más.

La Oficina de Audiencias Administrativas le notificará la fecha y hora de la audiencia. El aviso incluirá los derechos de audiencia que aparecen en 7 CFR 273.16(e)(3).

Advertencia de penalidad sobre el programa de asistencia alimenticia

Conforme WAC 388-446-0020, una persona no recibirá los beneficios de asistencia alimenticia por:

Un año debido a una ofensa consciente de las reglas de la asistencia alimenticia o de del Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (SNAP, por sus siglas en inglés);

Dos años por una segunda ofensa; o una primera condena por comprar, vender o intercambiar los beneficios de la asistencia alimenticia o el SNAP por una sustancia controlada;

Diez años por proporcionar de forma deliberada una identidad falsa o información sobre domicilio para obtener beneficios por duplicado.

De por vida por:

Romper de forma deliberada una regla de la asistencia alimenticia o de SNAP por tercera vez;

Una segunda condena por comprar vender o intercambiar los beneficios alimenticios por una sustancia controlada;

Condena por comprar, vender, o intercambiar beneficios alimenticios por armas de fuego, municiones; o explosivos o por

Condena por comprar, vender, o intercambiar beneficios alimenticios por un valor de \$500 o más.

Personas que de forma consciente e intencional violan un regla de la asistencia alimenticia puede ser procesados y multados hasta con \$250,000 o encarcelados hasta por veinte años o ambas cosas. También están sujetos a un proceso bajo otras leyes federales aplicables.

FIRMA DE LA PERSONA DESCALIFICADA	FECHA	FIRMA DEL JEFE DE FAMILIA (SI EL ACUSADO NO ES EL JEFE DE FAMILIA)	FECHA
-----------------------------------	-------	---	-------