



ESA Economic Services
Administration

**PLAN DE PAGO AL AGENTE DE
PROTECCIÓN, ASIGNACIÓN DEL CASO
Y AVISO DE CIERRE
(PROTECTIVE PAYEE PAYMENT PLAN, CASE
ASSIGNMENT, AND CLOSURE NOTICE)**

1. OFICINA DE SERVICIOS COMUNITARIOS (CSO)	2. FECHA
3. NOMBRE DEL TRABAJADOR SOCIAL/ADMINISTRADOR DEL CASO	4. NÚMERO DE TELÉFONO
5. NOMBRE DEL CLIENTE	6. TIPO DE AYUDA
7. NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN DEL CLIENTE	8. NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN e-JAS DEL CLIENTE
9. NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN AU DEL CLIENTE	10. NÚMERO DE TELÉFONO
11. DIRECCIÓN DEL CLIENTE	

SECCIÓN I. ACCIÓN DEL CASO

- Asignación del caso, fecha de inicio: _____ Cambio de Plan Revisión
- Finalización de la asignación del caso, fecha de entrada en vigor: _____

SECCIÓN II. MOTIVO DE LA ASIGNACIÓN (MARQUE LA CASILLA APROPIADA)

1. Padre menor de edad (TANF/SFA). WAC 388-460-0040
2. Emergencia que hace que un pariente proveedor de cuidado no pueda cuidar a sus niños dependientes. (WAC 388-460-0030)
3. Mala administración de fondos. (WAC 388-460-0035)
4. Otro (WAC 388-460-0035-3):

SECCIÓN III. PLAN DE PAGO – LLENE LAS CASILLAS QUE CORRESPONDAN (SI SABE)

1. NOMBRE DEL ARRENDADOR	2. NÚMERO DE TELÉFONO DEL ARRENDADOR (CÓDIGO DE ÁREA) ()
3. DIRECCIÓN DEL ARRENDADOR	4. MONTO ACTUAL DEL ALQUILER/PAGO \$
COMPAÑÍA DE SERVICIOS PÚBLICOS	
NOMBRE	PROVEEDOR DE CUIDADO DE NIÑOS
DIRECCIÓN	NOMBRE
NÚMERO DE TELÉFONO (CÓDIGO DE ÁREA) ()	DIRECCIÓN
	NÚMERO DE TELÉFONO (CÓDIGO DE ÁREA) ()

OTROS PAGOS O INSTRUCCIONES ESPECIALES

SECCIÓN IV. SELECCIÓN DEL AGENTE DE PROTECCIÓN

1. NOMBRE DEL AGENTE DE PROTECCIÓN	
2. DIRECCIÓN COMERCIAL DEL AGENTE	3. NÚMERO DE TELÉFONO DEL AGENTE (CÓDIGO DE ÁREA) ()

SECCIÓN V. FIRMA

1. FIRMA DEL TRABAJADOR	FECHA
-------------------------	-------

COMENTARIOS El cliente asistió El cliente no está disponible

Derechos del cliente y notificación concerniente al plan del Agente de Protección, DSHS 14-426

Notificación al cliente

Si se requiere la asignación a un agente de protección, se tiene que notificar al cliente en el transcurso de diez (10) días de la acción.

Información sobre Audiencias Justas

Si usted no está de acuerdo con alguna de nuestras decisiones, puede pedir una audiencia justa. Para solicitarla, póngase en contacto con su oficina local o escriba a The Office of Administrative Hearings, P.O. Box 42489, Olympia WA 98504-2489. Usted tiene que solicitar su audiencia justa en el transcurso de 90 días de recibir esta carta.

En la audiencia, usted puede representarse a sí mismo. También puede representarle un abogado u otra persona que usted elija. Es posible que usted pueda recibir asesoramiento o representación legal gratuitos. Para obtener mayor información, llámenos o llame a la línea de servicios legales en todo el estado, al 1-888-201-1014.

Usted también puede pedir una revisión del caso. Esto no retrasará ni remplazará a una audiencia justa y podría resolver el desacuerdo antes. Póngase en contacto con su oficina local o pida una revisión del caso.

No discriminación

Nuestros programas se proporcionan a todos, sin tomar en cuenta la raza, el color, sexo, edad, discapacidad, creencias religiosas o políticas ni el país de nacimiento.