PROGRAMA DE VALES DEL FONDO PARA EL DESARROLLO Y CUIDADO INFANTIL (CCDF, POR SUS SIGLAS EN INGLÉS)

FORMULARIO DE APELACIÓN PARA EL SOLICITANTE O COSOLICITANTE

El solicitante / cosolicitante puede usar este formulario para hacer frente a una acción adversa como la negación de los servicios de cuidado infantil, la finalización del beneficio, etc. Si desea presentar una apelación, complete este formulario y adjunte toda la documentación de respaldo que pueda ser relevante. Envíe por correo el formulario completo a:

Firefly Children and Family
Alliance Attn: Director
3801 N. Temple Avenue
Indianapolis, IN 46205

*LA APELACIÓN DEBE RECIBIRSE DENTRO DE LOS **10 DÍAS CORRIDOS** TRAS RECIBIR LA CARTA DE ACCIÓN ADVERSA O DE LA FECHA DE VENCIMIENTO DEL SUBSIDIO.*

Nombre del caso:	Teléfono:
Dirección postal:	Ciudad, estado, código postal:
Explique por qué cree que la decisión es injusta. Debe enviar toda documentación que sea relevante para respaldar su reclamo.	
Debe enviar copias de toda documentación que sea relevante para respaldar su reclamo. NO ENVÍE DOCUMENTOS	
Firma:	Fecha: