

Aviso de Prueba del Programa Work First (Trabajar Primero)

(Dé este aviso a cada persona que sea referida para hacerse una prueba)

Nombre del Condado: _____ Número de Caso: _____

Nombre del Solicitante o Beneficiario: _____

La ley § 108A-29.1 de Carolina del Norte establece que se una prueba de uso de sustancias controladas es requerida cuando hay una sospecha razonable de que la persona está usando sustancias controladas. La prueba es un requerimiento de elegibilidad para recibir asistencia monetaria del programa Work First.

Una sospecha razonable puede ser determinada por:

- ___ haber sido encontrado culpable de un crimen por uso de sustancias controladas en los últimos 3 años
- ___ su puntaje en la prueba DAST-10 (evolución de uso de sustancias).

Sus Derechos

- Tiene el derecho a no tomar o completar la prueba, sin embargo, su grupo familiar será determinado no elegible para recibir asistencia monetaria.
- Tiene derecho a hacer la prueba en un laboratorio aprobado por el Departamento de Salud y Servicios Humanos (DHHS).
- Tiene derecho a privacidad y dignidad durante el proceso.
- Tiene derecho a la confidencialidad de la información de los resultados de las pruebas, historial médico o medicamentos que tome.
- Tiene derecho a que una prueba inicial positiva sea confirmada con una prueba más sofisticada antes de que se tome alguna acción en su caso debido a los resultados de la prueba.
- En caso de que la prueba sea positiva, usted debe ser contactado dentro del término de 5 días laborables a partir de la fecha en que el Departamento de Servicios Sociales tiene conocimiento de los resultados.
- Tiene derecho a una audiencia si usted no está de acuerdo con los resultados de la prueba.
- Puede pedir que se le vuelva a hacer la prueba de la muestra por parte de otro laboratorio aprobado por el DHHS (Usted tendrá que pagar por este servicio).
- Tiene derecho a que las personas elegibles en su grupo familiar reciban asistencia monetaria aun si usted es descalificado porque su prueba resulto positiva.
- Tiene derecho a pedir una audiencia si no está de acuerdo con las acciones tomadas en su caso.

Sus Responsabilidades

- Debe informar al personal que toma la muestra de cualquier condición médica que tenga o de medicamentos que esté tomando que puedan afectar el resultado de la prueba.
- Si desea tener una nueva prueba después de que se confirme un resultado positivo, debe de hacerlo por escrito dirigiéndose al Departamento de Servicios Sociales del Condado dentro del término de 60 días de la fecha del resultado.
- Usted será responsable de los costos de una nueva prueba (retest).

Derechos de Audiencia

- Debe de solicitar una audiencia dentro del término de 60 días calendario (o 90 si tiene una buena razón). El último día para hacer su solicitud es _____.
- Puede solicitar una audiencia en persona, por teléfono o por escrito. Contacte a su trabajador del caso para solicitar la audiencia. Cuando es requerido por los reglamentos, una audiencia se puede llevar a cabo dentro del término de 5 días calendario a partir de la fecha en que lo solicito a menos que pida posponerlo por alguna buena razón. Si hay una buena razón, la audiencia puede ser pospuesta hasta por 10 días calendario.
- Usted, (o alguna persona hablando en su representación) pueden revisar sus archivos cuando lo desee, con excepción de información de terceras partes. También puede pedir acceso a información que se usara en la audiencia. Se le pueden dar copias con la información (no se le cobrara por las copias).

DSS-8218B SPANISH (08-2015)

Sección de Servicios Económicos y Familiares - Economic and Family Services Section

La Division de Servicios Sociales de Carolina del Norte no discrimina sobre las bases de raza, color, nación de origen, discapacidad, sexo, o edad en la admisión, tratamiento o participación en sus programas, servicios y actividades o en el empleo.

- Si piensa que la decisión de la audiencia local está equivocada, llame o escriba a su trabajador del caso dentro del término de 15 DIAS, para pedir una segunda audiencia. La segunda audiencia se llevara a cabo ante un Oficial Estatal de Audiencias. En algunos condados la segunda audiencia se llevara a cabo ante un oficial del condado.
- Usted puede tener una persona que hable en su representación durante la audiencia, tal como un familiar, un Paralegal o un abogado que usted obtenga bajo sus gastos.
- Puede ser que haya servicios legales gratuitos en su comunidad. Contacte la Oficina de Servicios Legales más cercana o llame al 1-866-219-5262 (número gratuito)
- Si tiene más preguntas, contacte a su trabajador del caso o llame a la línea gratuita de servicio al cliente del DHHS al 1-800-662-7030. (con sistema TDD para personas con problemas de audición). Las horas de servicio son de 8:00 a.m. - 5:00 p.m., Lunes – Viernes a excepción de días festivos estatales.

Descalificación del Programa

Si se encuentra un resultado positivo de la prueba, usted será descalificado y no podrá recibir asistencia monetaria por un año. Los otros miembros de su grupo familiar, sí son elegibles, podrán recibir asistencia monetaria. Su ingreso y sus recursos serán contabilizados para determinar la cantidad que podrán recibir los otros miembros de su grupo familiar. La asistencia monetaria para la que sean elegibles los otros miembros del grupo familiar será recibida a través de un Recibidor del Pago Protegido para asegurarse que los beneficios sean usados para el bienestar del grupo familiar.

Durante su descalificación, usted puede volver a solicitar asistencia monetaria después de 30 días de haberse confirmado su resultado positivo. Usted solo podrá hacer una solicitud durante en termino de descalificación. Para hacer otra solicitud usted debe:

- Haber completado con éxito un programa autorizado de tratamiento de abuso de sustancias; o
- Un profesional en el tratamiento de abuso de sustancias ha determinado que el tratamiento no es apropiado; y
- Aprobar una segunda prueba de uso de drogas que usted deberá pagar.

Información del laboratorio o sitio de colección de la muestra

Debe de completar su prueba antes de: _____

Nombre del Laboratorio o sitio de Colección: _____

Dirección: _____

Teléfono: _____

He leído y entiendo la información en esta forma.

Firma del Solicitante/Beneficiario: _____ Fecha: _____

Nombre con letra de molde del solicitante o beneficiario: _____ Fecha: _____

Nombre del Trabajador del Caso: _____ Fecha: _____

Tel. del Trabajador del Caso: _____