

Housing Voucher Services Request For Informal Hearing/Review

ATTENTION: hearings@homesa.org | Fax: 210-477-6209

Participant / Applicant Information

Name (<i>print</i>)		Entity ID
Home Telephone	Work Telephone	
Email Address		
Current Address		
City	State	Zip Code

☐ I hereby request an informal hearing/review because I disagree with Opportunity Home's decision regarding the determination to terminate or deny my family's assistance.

☐ **(REQUIRED) I will use the statement page to write a declaration regarding my disagreement with this decision.**

Are you submitting this request for a hearing/review due to a disability that may be a contributing factor in your termination/denial?

☐ No ☐ Yes

If yes above, a completed Request for Reasonable Accommodation **must** be attached.

☐ I need an interpreter at the hearing/review who can translate to: _____
Language

By signing below, I certify that the information above is accurate and complete. I understand that I must submit any evidence to Opportunity Home at least one day before my scheduled hearing/ review date. I also understand that I may request to review and/or make copies of documents in my Opportunity Home file, Monday through Thursday, from 9 a.m. to 11 a.m., up to one business day before my scheduled hearing date.

Signature

Date

*****Opportunity Home will notify you of the outcome of this request within 15 business days of submission*****

Housing Voucher Services Solicitud De Audiencia O Revisión Informal

ATTENTION: hearings@homesa.org | Fax: 210-477-6209

Información del Participante o Solicitante

Nombre (En Letra De Imprenta)		Entity ID
Teléfono del hogar	Teléfono del trabajo	
Dirección de correo electrónico		
Dirección actual		
Ciudad	Estado	Código postal

☐ Por medio del presente, solicito una audiencia o revisión informal debido a que no estoy de acuerdo con la decisión de Opportunity Home San Antonio respecto a la determinación de finalizar o denegar mi asistencia familiar.

☐ **(OBLIGATORIO)** Usaré la página de Declaración para escribir mi declaración.

¿Está enviando esta solicitud para una audiencia o revisión debido a una discapacidad que puede ser un factor contribuyente a su terminación o negación?

☐ Sí ☐ No

En caso afirmativo, debe adjuntarse una Solicitud de acomodación razonable completada.

☐ Necesitaré un intérprete en la audiencia o revisión que pueda traducir al: _____
Idioma

Con mi firma a continuación, certifico que la información anterior es verdadera y está completa. Entiendo que debo entregar cualquier evidencia a Opportunity Home al menos un día antes de la fecha programada para mi audiencia o revisión. También entiendo que puedo solicitar la revisión o la reproducción de los documentos que contiene mi expediente de Opportunity Home, de lunes a viernes, de 9 a. m. a 11 a. m., hasta un día hábil antes de la fecha programada para mi audiencia.

Firma

Fecha

*****Opportunity Home le notificará el resultado de su solicitud dentro de 15 días hábiles a partir de la entrega*****

Statement Continued / Declaración Continuada

Name (*print*)/Nombre (*en letra de imprenta*)

Date/Fecha

Last 4 of SSN/Últimos 4 dígitos del SSN