

NORTHWESTERN OHIO COMMUNITY ACTION COMMISSION
DENIAL OF ASSISTANCE

NOTE: This form is being sent to notify you that the assistance/service you have requested from Northwestern Ohio Community Action Commission has been denied.

DATE OF THIS ACTION _____

NAME OF THE PERSON(S) DENIED ASSISTANCE _____

ADDRESS _____

ASSISTANCE REQUESTED _____

DATE OF REQUEST _____

SPECIFIC REASONS FOR DENIAL _____

REQUEST REVIEWED BY _____

If you would like to appeal this denial of assistance, you may stop by any Northwestern Ohio Community Action Commission office and request a "DENIAL OF ASSISTANCE, APPEAL REVIEW" form or call 419-784 5136, ext. 1100 and ask that one be sent to you. After completing the form, return it to:

*Kelly Feeney, Northwestern Ohio Community Action Commission
1933 East Second Street
Defiance OH 43512
Or kfeeney@nocac.org*

NOTA: Este formulario se envía a notificarle que ha sido negada la asistencia que ha solicitado de la Comisión de la acción de la comunidad de Northwestern Ohio.

FECHA DE ESTA ACCIÓN _____

NOMBRE DE LA PERSONA (S) NEGÓ ASISTENCIA _____

ADDRESS _____

SOLICITAR LA ASISTENCIA _____

FECHA DE SOLICITUD _____

RAZONES PARA LA NEGACIÓN _____

PETICIÓN REVISADA POR _____

Si desea apelar esta negación de asistencia, puede pasar por cualquier oficina de la Comisión de la acción de la comunidad de Northwestern Ohio y solicitar un formulario de "Denegación de asistencia, revisión de apelación" o llamada 419-784 5136, ext 1100 y pedir que uno se comunicará con usted. Después de completar el formulario, devolverlo a:

*Kelly Feeney, Northwestern Ohio Community Action Commission
1933 East Second Street
Defiance OH 43512
Or kfeeney@nocac.org*

**NORTHWESTERN OHIO COMMUNITY ACTION COMMISSION
REQUEST FOR APPEAL REVIEW for DENIAL OF ASSISTANCE**

NAME _____ DATE _____

ADDRESS _____ PHONE _____

DATE YOU APPLIED FOR ASSISTANCE/SERVICES: _____

NAME OF THE PERSON WHO TOOK YOUR APPLICATION (IF KNOWN): _____

TYPE OF ASSISTANCE/SERVICE YOU WERE APPLYING FOR OR REQUESTING: _____

PLEASE STATE YOUR REASON(S) FOR FILING THIS APPEAL OR COMPLAINT. LIST THE REASONS THAT YOU FEEL YOU SHOULD NOT HAVE BEEN DENIED ASSISTANCE OR SERVICES: _____

HAVE YOU CONTACTED ANYONE AT NOCAC ABOUT YOUR DENIAL OF ASSISTANCE AT ANY TIME, BEFORE YOU FILLED OUT THIS FORM?

YES _____ NO _____, IF SO, WHO? _____

DATE _____

APPEALS USING THIS FORM MAY BE SENT IN THE MAIL OR BE DROPPED OFF TO:

*Kelly Feeney, Northwestern Ohio Community Action Commission
1933 East Second Street
Defiance OH 43512
Or kfeeney@nocac.org*

WITHIN FIFTEEN (15) WORKING DAYS FROM THE DATE THAT THIS FORM IS RECEIVED, AN INVESTIGATION WILL BE COMPLETED AND THE PERSON MAKING THE APPEAL WILL RECEIVE A RESPONSE IN WRITING, WITH THE RESULTS.

NOMBRE _____ FECHA _____

ADDRESS _____ TELEFONO _____

FECHA EN QUE SOLICITÓ ASISTENCIA/SERVICIOS: _____

NOMBRE DE LA PERSONA QUE TOMÓ LA APLICACIÓN (SI LO CONOCE): _____

TIPO DE ASISTENCIA QUE SE POSTULA PARA O SOLICITANTE: _____

SIRVASE INDICAR EL MOTIVO (S) PARA PRESENTAR ESTA APELACION O QUEJA. ENUMERAR LAS RAZONES QUE USTED SIENTE QUE NO DEBERÍA HABERLE SIDO DENEGADO ASISTENCIA O SERVICIOS: _____

¿HA CONTACTADO A NADIE EN NOCAC ACERCA DE SU NEGACIÓN DE ASISTENCIA EN CUALQUIER MOMENTO, ANTES DE LLENAR ESTE FORMULARIO?

NO ¿SÍ _____, SI ASÍ, QUE? _____

DATE _____

APELACIONES MEDIANTE ESTE FORMULARIO PUEDEN ENVIARSE POR CORREO O ENTREGAR A:

*Kelly Feeney, Northwestern Ohio Community Action Commission
1933 East Second Street
Defiance OH 43512
Or kfeeney@nocac.org*

DENTRO DE 7:15 DÍAS A PARTIR DE LA FECHA EN QUE SE RECIBE ESTA FORMA DE TRABAJO, SE COMPLETARÁ UNA INVESTIGACIÓN Y LA PERSONA QUE HACE LA APELACIÓN RECIBIRÁ UNA RESPUESTA POR ESCRITO, CON LOS RESULTADOS.