

MODULO DI RICHIESTA DI UDIENZA IMPARZIALE - INVIARE VIA FAX O PER POSTA

P.O. BOX 1930
ALBANY, NY 12201-1930

Scrivere le informazioni in stampatello o a macchina in modo chiaro. La fornitura di informazioni corrette e complete ci consentirà di programmare tempestivamente un'udienza imparziale.

NOME PRATICA: _____
(COGNOME) (PRIMO NOME) (INIZ. 2° NOME)

INDIRIZZO (VIA/PIAZZA): _____ INTERNO N.: _____

LOCALITÀ: _____ STATO: _____ CODICE POSTALE: _____

N. TELEFONO: (__) _____ DATA DI NASCITA: _____ N. SS: _____

MASCHIO FEMMINA N. PRATICA: _____ N. CIN: _____ AGENZIA LOCALE/CENTRO: _____

È NECESSARIO UN INTERPRETE? SÌ NO LINGUA: _____

L'appellante è costretto a casa? SÌ NO **Se sì, fornire documentazione medica. Non ritardare la richiesta mentre si riceve assistenza medica.**
È necessario fornire un numero di telefono del rappresentante o del richiedente se non ha un telefono.

Rappresentante Richiedente NOME: _____

INDIRIZZO: _____

LOCALITÀ: _____ STATO: _____ CAP: _____ N. TELEFONO: (__) _____

L'APPELLANTE HA RICEVUTO UN AVVISO DAL DIPARTIMENTO LOCALE DI SERVIZI SOCIALI? SÌ NO

(*****ALLEGARE UNA COPIA DELL'AVVISO A QUESTO MODULO*****)

Se sì: Data di avviso: _____ Data di decorrenza: _____ N. avviso: _____ N. RTI: _____

LIMITAZIONI	AZIONE DELL'AGENZIA LOCALE		CATEGORIA DI ASSISTENZA (definizioni sotto il riquadro)								
	FA	SNA	MA	SNAP	HEAP	PCS*	ALTRI				
Mettere una X nei giorni o negli orari in cui non può partecipare all'udienza											
M T Q T F	Interruzione	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
AM _____	Riduzione	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
PM _____	Rifiuto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
(Fornire un motivo)	Inadeguatezza	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	* Se Servizi di assistenza personale Fornire n. CASA /Agenzia _____ e indicare il tipo di servizio: _____										
	Nome del Piano di Cure gestite _____										
FA= Assistenza familiare (ex ADC)	SNA = Assistenza rete di sicurezza (ex HR)			SNAP = Programma di assistenza supplementare per l'alimentazione (ex Food Stamps)							
MA = Medicaid	HEAP = Programma di assistenza energia abitativa				PCS = Servizi di assistenza personale						

Motivo della richiesta di udienza imparziale (indicare i tempi): _____

Informazioni richieste per udienze di affido: Nome del minore, data di nascita del minore, nome della madre biologica, numero di pratica del minore, nome dell'agenzia. Indicare il periodo per cui si richiedono i pagamenti di affido.