

ACCETTAZIONE DELLA RICHIESTA DI UDIENZA
IMPARZIALE E CONFERMA DELLO STATO DI ASSISTENZA

XL005 (MESE/ANNO)
OAH-4420-IT

STATO DI NEW YORK

UFFICIO DI ASSISTENZA TEMPORANEA E DISABILITÀ (OTDA)

QUESTA NON È UN AVVISO DI PROGRAMMAZIONE

COPIA INVIATA A:

XXXXX XXXXXXXX
XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
XXX XX XXXXX

N. UDIENZA IMPARZIALE	: XXXXXXXX
N. pratica	: XXXXXXXXXXXXX
Categoria	: XXX
Agenzia/Centro	: XXXX/XXXX/XXXX/XXXX
Data di richiesta	: XX/XX/XX
Numero avviso	: XXXXXXXXXXXXX
Data della comunicazione	: XX/XX/XX
Data di decorrenza	: XX/XX/XX

Con la presente si comunica che una richiesta di udienza imparziale è stata ricevuta per:

XXXXXXXXXXXXXXXX XXXXXXXXXXXXXXX

SE QUALCUNO LA RAPPRESENTERÀ ALL'UDIENZA IMPARZIALE E NON È UN AVVOCATO, DEVE AVERE LA SUA AUTORIZZAZIONE SCRITTA A RAPPRESENTARLA E A RIVEDERE IL FASCICOLO DELLA SUA PRATICA.

Se ha bisogno di contattare questo ufficio riguardo alla presente richiesta, allo stato di assistenza della sua pratica o per informare questo ufficio di una variazione di indirizzo o di numero di telefono, può chiamare il numero (800) 342-3334 o scrivere a:

Office of Administrative Hearings P.O. Box 1930 Albany, NY 12201

Questo è per informarla delle questioni che saranno discusse alla sua udienza imparziale e dello stato di assistenza di ogni questione.

QUESTIONI DA AFFRONTARE ALL'UDIENZA IMPARZIALE

Se ha richiesto un'udienza imparziale perché l'agenzia locale ha apportato variazioni all'assistenza, alle prestazioni o ai servizi da lei ricevuti, potrebbe avere diritto a ricevere l'assistenza, le prestazioni o i servizi senza variazioni fino a quando il Commissario non emette una decisione.

IL COMMISSARIO DI STATO HA (NON HA) ORDINATO AL DISTRETTO LOCALE DI PROSEGUIRE LA SUA ASSISTENZA SENZA VARIAZIONI IN ATTESA DEL RISULTATO DELLA DECISIONE DELL'UDIENZA IMPARZIALE SULLA/E SEGUENTE/I QUESTIONE/I:

01. XXX – XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

Riceverà un avviso separato nel quale si comunicano la data, l'ora e il luogo della sua udienza imparziale.

LEGGERE L'ALTRO LATO

Se il distretto locale ha ricevuto l'ordine di continuare l'assistenza senza variazioni, ma la sua pratica è stata comunque chiusa, o le sue prestazioni sono state ridotte o limitate nonostante questa direttiva, gli appellanti di New York City dovrebbero contattare l'unità FH&C (Udienza imparziale e Conciliazione) del proprio centro locale o l'unità di udienza imparziale del sito web SNAP o Medicaid, e presentare un "reclamo di prosecuzione dell'aiuto". GLI APPELLANTI AL DI FUORI DI NEW YORK CITY DOVREBBERO CONTATTARE IL PROPRIO ASSISTENTE SOCIALE. Può anche contattare l'agenzia statale al numero di telefono e all'indirizzo elencati sul fronte di questo avviso e chiedere loro di ordinare al distretto locale di ripristinare la sua assistenza. Se vive a New York City, può chiamare il numero (800) 342-3334 o recarsi presso New York State Office of Temporary and Disability Assistance, Office of Administrative Hearings, 5 Beaver Street, New York, NY.

Per questioni relative allo SNAP, nel caso sia stata ordinata una prosecuzione dell'aiuto, le sue prestazioni SNAP continueranno allo stesso livello fino alla fine del suo periodo di certificazione. In seguito, è necessaria una nuova certificazione e possedere l'idoneità per continuare a ricevere l'assistenza SNAP. Riceverà l'assistenza SNAP nella quantità determinata dal processo di ricertificazione.