

NEW YORK STATE OFFICE OF TEMPORARY AND DISABILITY ASSISTANCE
ALBANY, NEW YORK

RICHIESTA DI CONFORMITÀ

Udienza imparziale # _____ Agenzia _____
Data udienza _____
Data sentenza _____
N. caso: _____
Nome _____ Rappresentante _____
Indirizzo _____ Indirizzo _____
Città/Stato/Codice postale _____ Città/Stato/Codice postale _____
Telefono _____ Telefono _____

Se ritenete che l'agenzia per i servizi sociali di zona non abbia adempiuto alle proprie responsabilità per l'emissione di una sentenza a seguito di un'udienza imparziale, illustrate di seguito le vostre ragioni e inviate il modulo all'indirizzo indicato in basso:

New York State Office of Temporary and Disability Assistance
Office of Administrative Hearings
Compliance Unit
P.O. Box 1930
Albany, NY 12201-1930

Telefono: 800-342-3334
Fax: (518) 473-6735

Vi preghiamo di descrivere con la massima precisione le azioni che non sono state intraprese o i benefici non corrisposti, indicando, ove possibile, date e importi.

Ritengo che l'agenzia per i servizi sociali locale non abbia adempiuto alle proprie responsabilità per l'emissione della mia sentenza perché:

Accertatevi di indicare il vostro numero di previdenza sociale e un numero di telefono dove sia possibile rintracciarvi qui in basso:

_____ Firma _____ Numero previdenza sociale _____ Telefono _____ Data _____