

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

SOLICITUD DE CUMPLIMIENTO

No. de Audiencia imparcial _____ **Agencia** _____
Fecha de la audiencia _____
Fecha de la decisión _____
No. de caso _____
Nombre _____ **Representante** _____
Dirección _____ **Dirección** _____
Ciudad/Estado/Código postal _____ **Ciudad/Estado/Código postal** _____
Teléfono _____ **Teléfono** _____

Si considera que la agencia de servicios sociales local no ha cumplido con su decisión de audiencia imparcial, indique la razón en el espacio de abajo y devuelva el formulario completo a la siguiente dirección:

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

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

Por favor, sea lo más específico que pueda al describir qué medida no ha sido cumplida o qué beneficios no han sido proporcionados. Siempre que sea posible, proporcione la cantidad en dólares y las fechas.

Considero que la agencia de servicios sociales local no ha cumplido con mi decisión debido a:

Asegúrese de incluir su número de seguro social y un teléfono en donde pueda ser hallado(da).

Firma Número de seguro social Teléfono Fecha