

أرسله بالفاكس إلى: (518) 473-6735

نموذج طلب عقد جلسة استماع عادلة - بالفاكس أو عن طريق البريد

P.O. BOX 1930

ALBANY, NY 12201-1930

يُرجى كتابة البيانات بوضوح. من خلال تقديم معلومات صحيحة ومكتملة سنتمكن من جدولة جلسة استماع عادلة بسرعة

اسم الحالة: _____
(الاسم الأخير) (الاسم الأول) (الحرف الأول من الاسم الأوسط)

عنوان الشارع: _____ رقم الشقة: _____

المدينة: _____ الولاية: _____ الرمز البريدي: _____

رقم الهاتف: () _____ تاريخ الميلاد: _____ رقم SS: _____
رمز المنطقة رقم الهاتفذكر أنثى رقم الحالة: _____ رقم CIN: _____ رقم المركز/الوكالة المحلية: _____هل هناك حاجة إلى مترجم فوري؟ نعم لا اللغة: _____نعم لا إذا كانت الإجابة بنعم قدم الوثائق الطبية. لا تقم بتأخير الطلب للحصول على مستندات طبية. يلزم تقديم رقم هاتف خاص بالمثل أو
قدم الطلب إذا لم يكن لديك هاتف:الممثل مقدم الطلب الاسم: _____

العنوان: _____

المدينة: _____ الولاية: _____ الرمز البريدي: _____ رقم الهاتف: () _____
رمز المنطقة رقم الهاتفهل استلمت المستأنف إخطارًا من إدارة الخدمات الاجتماعية المحلية؟ نعم لا
(*****) يرجى إرفاق نسخة من الإخطار مع هذا النموذج (*****)

إذا كانت الإجابة بنعم: تاريخ الإخطار: _____ تاريخ السريان: _____ رقم الإخطار: _____ رقم RTI: _____

(إذا كان ينطبق)

إجراء الوكالة المحلية	فئة المساعدة (التعريفات مدرجة تحت المربع)							القيود
	FA	SNA	MA	FS	FAP	*PCS	أخرى (حدد النوع)	
الوقف	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ضع علامة X على الأيام والموا
الخفض	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	عيد التي لا يُمكنك حضور جلسة
الرفض	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	الاستماع خلالها
عدم الأهلية	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	M T W T F
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ص _ _ _ _ _
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	م _ _ _ _ _

*إذا كانت خدمات رعاية شخصية: قدم رقم CASA /الوكالة _____ ووضح نوع الخدمات: _____

(NYC)

MA = Medicaid

PCS = خدمات الرعاية الشخصية

SNA = مساعدة شبكة الأمان (والمعروفة سابقًا باسم HR)

FAP = برنامج المساعدة الغذائية

FA = دعم الأسرة (والمعروف مسبقًا باسم ADC)

FS = قسائم الطعام

أسباب طلب عقد جلسة الاستماع (حدد النطاق الزمني، إذا كان ينطبق): _____

تاريخ اليوم _____