

公平聽證會申請表-傳真或郵寄

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

請用正楷填寫資訊。正確完整的資訊有助於我們儘速安排公平聽證會

案名：(姓氏) (名字) (中間名)
街道地址：公寓號碼：
城市：州別：郵遞區號：
出生
電話號碼：( ) 日期： SS#：

男性 女性 案號： CIN#： 當地機構/中心編號：
是否需要口譯人員？ 是 否 語言：

上訴人是否為居家失能者？ 是 否 如回答是，請提供醫療證明文件。請勿為了取得病歷而延遲申請。如果您沒有電話，則需註明代表人或申請人的電話號碼：

代表人 申請人 姓名：
地址：
城市：州別：郵遞區號：電話號碼：( )

上訴人是否曾接獲本地社會服務部門寄來的通知書？ 是 否
(\*\*\*\*請將該份通知書的副本附於本申請表中\*\*\*\*)

如回答是：通知書日期： 生效日期： 通知書編號： RTI#： (如果有)

Table with columns: 限制條件, 當地機構行動, 補助類別 (定義在此方框下). Rows include 中斷, 扣減, 駁回, 不適用 and various benefit codes like FA, SNA, MA, FS, FAP, PCS\*.

FA=家庭援助 (之前稱為 ADC) SNA=安全網援助 (之前稱為 HR) MA=Medicaid
FS=糧食券 FAP=食物補助計畫 PCS=個人照護服務

申請召開聽證會的原因 (請註明時限 (如果有))：

當前日期