

MODULO DI RICHIESTA DI UDIENZA CONDOTTA EQUAMENTE - INVIARE PER FAX O POSTA

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

Scrivere le informazioni chiaramente a stampatello. L' inoltro di informazioni esatte e complete ci consentirà di pianificare prontamente un'udienza condotta equamente

NOME DEL CASO: _____
(COGNOME) (NOME) (SECONDO NOME)

INDIRIZZO STRADALE: _____ N. APPARTAMENTO: _____

CITTÀ: _____ STATO: _____ CODICE POSTALE: _____

N. DI TELEFONO: () _____ DATA DI NASCITA: _____ N. DI SS: _____
PREFISSO N. DI TELEFONO

UOMO DONNA N. DEL CASO: _____ N. DI CIN: _____ N. AGENZIA/CENTRO LOCALE: _____

NECESSARIO INTERPRETE? SÌ NO LINGUA: _____

Il ricorrente è impossibilitato a uscire di casa? Sì No Se la risposta è affermativa, fornire la documentazione medica. Non ritardare la richiesta per ottenere le informazioni mediche. È necessario indicare il numero di telefono di un rappresentante o richiedente se non si dispone di un telefono:

Rappresentante Richiedente NOME: _____

INDIRIZZO: _____

CITTÀ: _____ STATO: _____ CODICE POSTALE: _____ N. DI TELEFONO: () _____
PREFISSO N. DI TELEFONO

IL RICORRENTE HA RICEVUTO UN AVVISO DAL DIPARTIMENTO DEI SERVIZI SOCIALI LOCALE? SÌ NO
(***** ALLEGARE A QUESTO MODULO UNA COPIA DELL'AVVISO *****)

Se la risposta è affermativa: Data dell' avviso: _____ Data di entrata in vigore: _____ N. DELL'AVVISO: _____ N. DI RTI: _____
(Se pertinente)

LIMITAZIONI Spuntare con una X i giorni o le ore in cui non si può essere presenti all'udienza	AZIONE DELL'AGENZIA LOCALE		CATEGORIA DI ASSISTENZA (definizioni sotto la casella)					ALTRA (indicare che tipo)
	FA	SNA	MA	FS	FAP	PCS*		
L M M G V	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
MATTINA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
POMERIGGIO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

* Se si tratta di Servizi di cura personale: Fornire il N. di CASA _____/Agenzia _____
e indicare il tipo di servizi: _____
(NYC)

FA=Assistenza alla famiglia (denominata in precedenza ADC) SNA=Assistenza di rete di protezione (denominata in precedenza HR) MA=Medicaid
FS=Sussidio alimentare FAP=Programma di assistenza alimentare PCS=Servizi di cura personale

Ragione della richiesta di udienza (indicare gli intervalli di tempo, se pertinente): _____

DATA ODIERNA _____