임시 및 영구 장애 보조국 (Office of Temporary and Disability Assistance)

행정공청회 사무소(Office of Administrative Hearings)
팩스: (518) 473-6735

공청회 요청서 – 팩스 또는 우편
P.O. BOX 1930
ALBANY, NY 12201-1930
정보를 인쇄체로 명확하게 기재해 주십시오. 정보를 정확하고 완전히 작성하셔야 빠른 시일 내 공청회 일정을 잡을 수 있습니다.

케이스 이름: _____ _____ _____
(성) (이름) (중간이름 이니셜)

거주지 주소: _____ 아파트 #: _____

도시: _____ 주: _____ 우편번호: _____

전화번호: ( ) _____ 생년월일: _____ SS 번호: _____
지역 번호 전화번호

❑ 남성 ❑ 여성 케이스 번호: _____ CIN 번호: _____ 지역 기관/센터 번호: _____

통역사 요청 ❑ 예 ❑ 아니요 언어: _____

거동이 불편한 환자입니까? ❑ 예 ❑ 아니요 '예'라고 답하신 경우 의료 서류를 제출해야 합니다. 의료 서류 취득 요청을 미루지 마십시오. 본인 전화번호가 없는 경우, 대리인 또는 청구인 전화번호를 입력하십시오.

❑ 대리인 ❑ 청구인 이름: _____

주소: _____

시: _____ 주: _____ 우편번호: _____ 전화번호: ( ) _____
지역 번호 전화번호

항소인은 지역 사회 복지국에서 송부한 통지서를 수령했습니까? ❑ 예 ❑ 아니요
(*** 통지문 사본을 이 요청서와 함께 송부해 주십시오*****)**

수령한 경우: 통지일자: _____ 유효일: _____ 통지문 번호: _____ RTI 번호: _____
(해당되는 경우)

제한 사항
공청회에 참석하실 수 없는일자또는 시간에 X 표시를 해주십시오.

	월	화	수	목	금
오전	__	__	__	__	__
오후	__	__	__	__	__

지역 기관 조치사항 **보조 내용 (의미는 상자 아래 표기)**

	FA	SNA	MA	FS	FAP	PCS*	기타 (종류를 상세히 기제)
중지	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐ _____
삭감	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐ _____
거부	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐ _____
불충분	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐ _____

*개인 케어 서비스가 있는 경우: CASA 번호 _____ /기관 _____ 및 서비스 유형을 기재: _____
~~(NYC)~~

FA=가족 지원(기존 ADC)
SNA=안전망 보조금(기존 HR)
MA=메디케이드
FS=푸드 스탬프
FAP=식품 보조 프로그램
PCS=개인 케어 서비스

공청회 요청 이유(해당되는 경우, 기간도 명시) _____

_____

_____

_____

_____

오늘 날짜 _____