

**FORMULARIO DE SOLICITUD DE AUDIENCIA JUSTA. ENVÍE POR FAX O POR CORREO**

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

Escriba claramente con letra de molde. La información correcta y completa nos permitirá programar oportunamente una Audiencia justa

NOMBRE DEL CASO: \_\_\_\_\_  
(APELLIDO) (PRIMER NOMBRE) (SEGUNDO NOMBRE)

DIRECCIÓN: \_\_\_\_\_ APT. #: \_\_\_\_\_

CIUDAD: \_\_\_\_\_ ESTADO: \_\_\_\_\_ CÓDIGO POSTAL: \_\_\_\_\_

N.º DE TELÉFONO: ( ) \_\_\_\_\_ FECHA DE NACIMIENTO: \_\_\_\_\_ SS N.º: \_\_\_\_\_  
CÓDIGO DE ÁREA N.º DE TELÉFONO:

HOMBRE  MUJER CASO N.º: \_\_\_\_\_ CIN #: \_\_\_\_\_ N.º DE AGENCIA O CENTRO LOCAL: \_\_\_\_\_

¿NECESITA UN INTÉRPRETE?  SÍ  NO IDIOMA: \_\_\_\_\_

¿Está el apelante confinado en su casa?  Sí  No Si su respuesta es sí, proporcione la documentación médica. No retrase la solicitud para obtener médico. Si usted no tiene teléfono se requiere el número de teléfono del representante o solicitante:

Representante Solicitante NOMBRE: \_\_\_\_\_

DIRECCIÓN: \_\_\_\_\_

CIUDAD: \_\_\_\_\_ ESTADO: \_\_\_\_\_ CÓDIGO POSTAL \_\_\_\_\_ N.º DE TELÉFONO: ( ) \_\_\_\_\_  
CÓDIGO DE ÁREA N.º DE TELÉFONO:

¿RECIBIÓ EL APELANTE UN AVISO DEL DEPARTAMENTO DE SERVICIOS SOCIALES LOCAL?  SÍ  NO  
(\*\*\*\*\* ADJUNTE UNA COPIA DEL AVISO A ESTE FORMULARIO \*\*\*\*\*)

Si su respuesta es Sí: Fecha del aviso: \_\_\_\_\_ Fecha de vigencia: \_\_\_\_\_ AVISO #: \_\_\_\_\_ RTI N.º: \_\_\_\_\_

(Si aplica)

<b>RESTRICCIONES</b> Coloque una X en días y horas puede que no asistir a la audiencia L M M J V a. m. _ _ _ _ _ p. m. _ _ _ _ _	<b>ACCIÓN DE LA AGENCIA LOCAL</b>	<b>CATEGORÍA DE ASISTENCIA (definiciones debajo del cuadro)</b> FA SNA MA FS FAP PCS* OTROS (indique qué tipo)							
	Suspensión	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
	Reducción	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
	Negación	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
	Insuficiencia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
* Si tiene Servicios de cuidado personal: proporcione CASA N.º _____/Agencia _____ e indique el tipo de servicios: _____ (NYC)									

FA=Asistencia familiar (conocido como ADC) SNA=Red de asistencia de seguridad (conocido como HR) MA=Medicaid  
FS=Estampillas de alimentos FAP=Programa de asistencia alimenticia PCS=Servicios de cuidado

Razones por las que solicita una audiencia (indique el período de tiempo, si aplica): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

FECHA DE HOY \_\_\_\_\_