

從： \_\_\_\_\_ 紐約州臨時救濟及殘障補助辦公室  
P.O.Box 1930  
Albany, NY 12201-1930

公平聽證傳達  
申訴人裁決

|                    |     |                  |
|--------------------|-----|------------------|
| 公平聽證 #:XXXXXXXX    | 機構: | XXXXXXXX         |
| 聽證日期: XX/XX/XX     | 代表: | XXXXXXXX         |
| 裁決日期: XX/XX/XX     |     | XXXXXXXXXXXXXX   |
| 個案號碼#: XXXXXXXXXXX |     | XXXXXXXXXXXX     |
| 類別/次類別 XXX         |     | XXXXXX, XX XXXXX |

\*\*\*\*\*

|             |                  |   |              |
|-------------|------------------|---|--------------|
| *           |                  | * | 收取人:XXXXXXXX |
| XXXXXXXX    |                  |   |              |
| * 內附公平聽證裁決* | XXXXXXXXXXXXXXXX |   |              |
| *           |                  | * | XXXXXX, XX   |
| XXXXX       |                  |   |              |

\*\*\*\*\*

如果裁決判定您贏得聽證，而地方社會服務機構得到指示採取某行動，機構應即刻（儘快）照辦。如果在收到裁決通知後 10 天之內，您感覺到機構沒有按裁決行事，您可以填寫內附表格並寄至：

New York State Office of Temporary and Disability Assistance  
Office of Administrative Hearings  
Compliance Unit  
P. O. Box 1930  
Albany, NY 12201 – 1930

或致電:  
1-800-342-3334

注意：如果裁決指示您必須向機構提供資訊或文件，或如果機構向您索要更多資訊以照辦聽證裁決，您應儘快向機構提供。如果您未立刻提供這些資訊，機構也許無法在正常時段內遵照裁決指示。

如未贏得聽證，您可根據民事訴訟法規第 78 條，針對裁決左上角列舉的州政府機構提出訴訟。如要提出訴訟卻不知道如何進行，請聯絡可用法律資源（如，郡縣律師協會、法律援助、法律服務，等）。您必須在裁決日期四個月之內開始提出訴訟。

已向上列代表寄發本裁決副件。

副件收件人：