

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		XXXXXXXXXXXX
個案號碼#: XXXXXXXXXX		XXXXXXXXXX
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：