

발신: 뉴욕주 임시장애지원실 (New York State Office of Temporary and Disability Assistance) 공정심리서 발송
P.O. Box 1930 이의 제기자에 대한 결정
Albany, NY 12201-1930

공정심리#: XXXXXXXX	기관:	XXXXXXX
심리일: XX/XX/XX	대리인:	XXXXXXX
결정일: XX/XX/XX		XXXXXXXXXXXX
케이스 #: XXXXXXXXX		XXXXXXXXXX
카테고리 / 하위 카테고리: XXX		XXXXXX, XX XXXXX

*	* 수신: XXXXXXXX XXXXXXX
* 귀하의 공정심리에 대한 결정이 동봉되어 있습니다 *	XXXXXXXXXXXXXXXX
*	* XXXXXXX, XX XXXXX

결정서에 귀하가 심리에서 이겼고 귀하의 지역 사회복지기관이 소정의 조치를 취하도록 지시된 경우, 해당 기관은 이를 즉시(가능한 한 속히) 해야 합니다. 귀하가 이 결정서를 받은 후 10일 이내에 해당 기관이 결정서에 적힌 조치를 취하지 않았다고 느끼는 경우, 귀하는 첨부 양식을 작성하여 다음 주소로 보낼 수 있습니다:

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

또는 전화하십시오:
1-800-342-3334

참고: 결정서에 귀하가 해당 기관에 정보 또는 서류를 제공해야 한다고 적혀 있는 경우 또는 해당 기관이 공정심리 결정을 준수하기 위한 추가 정보를 귀하에게 요구하는 경우, 귀하는 그것을 가능한 한 속히 기관에 제출해야 합니다. 귀하가 정보를 즉각 제공하지 않으면 기관은 통상적 기간 내에 그 결정을 준수할 수 없을 것입니다.

귀하가 심리에서 이기지 않은 경우, 귀하는 민사소송법규 제78조에 따라 결정서 왼쪽 상단에 나타나는 명칭의 주 기관을 상대로 소송을 제기할 수 있습니다. 소송을 제기하고 싶은 데 방법을 모르는 경우, 귀하는 활용 가능한 법률 자원(예 - 카운티 변호사 협회, 법률구조단, 법률서비스 등)에 문의해야 합니다. 귀하는 결정일로부터 4개월 이내에 소송을 시작해야 합니다.

본 결정서의 사본이 상기 대리인에게 우송되었습니다.

시본 배부처: