STATO DI NEW YORK
UFFICIO DI ASSISTENZA TEMPORANEA E DISABILITÀ

RICHIESTA:
CASO #:
CENTRO #:
AGENZIA:
N. DI UDIENZA EQUA #:

_____ :

In merito al ricorso di

: **RICHIESTA DI DISPOSIZIONE DI UDIENZA EQUA**

da una determinazione del _____ :
Dipartimento dei servizi sociali (Department of Social Services)
_____ :

È stata richiesta un'audizione su _____ per esaminare quanto segue:

AZIONE	QUESTIONE	ID AVVISO	DATA DELLA COMUNICAZIONE

Tutte le questioni oggetto della presente udienza sono state risolte in suo favore (del ricorrente).

Se non l'ha già fatto, l'Agenzia deve ripristinare retroattivamente l'assistenza e i sussidi persi dal ricorrente in seguito all'avviso dell'Agenzia. L'Agenzia non prenderà ulteriori provvedimenti in merito all'avviso o agli avvisi in questione.

Poiché le questioni sono state risolte a suo favore, NON sarà fissata un'udienza equa, a meno che lei non desideri comunque un'udienza equa per le questioni sopra citate. In tal caso, si prega di contattare l'Ufficio per le udienze amministrative:

Chiamando il numero 800-342-3334;
Visitando il sito web www.otda.ny.gov/oah;
Inviando una richiesta per posta all'Office of Administrative Hearings, 40 North Pearl Street, 15th Floor, Albany, NY 12201;
Inviando un fax al numero 518-473-6735; o
Recandosi in 5 Beaver Street, NY, NY 10004 o 40 North Pearl Street, Albany, NY 12201

A cura di: NYS OTDA - Ufficio delle udienze amministrative Data:
Firma
_____