

OFICINA DE ASISTENCIA TEMPORAL Y ASISTENCIA PARA INCAPACITADOS DEL ESTADO DE NUEVA YORK

SOLICITUD:
CASO #:
CENTRO #:
AGENCIA:
AUDIENCIA IMPARCIAL #:

En lo referente a la apelación de _____ :

**DECISIÓN
DE LA SOLICITUD
DE AUDIENCIA
IMPARCIAL**

de la decisión del Departamento de _____
Servicios Sociales

Se solicitó una audiencia imparcial para el _____ con el propósito de revisar lo siguiente:

| <u>DECISIÓN</u> | <u>ASUNTO</u> | <u>ID DE LA NOTIFICACIÓN:</u> | <u>FECHA DE LA NOTIFICACIÓN</u> |
|-----------------|---------------|-------------------------------|---------------------------------|
|-----------------|---------------|-------------------------------|---------------------------------|

Todos los asuntos de esta audiencia se resolvieron a su favor (Apelantes).

Si aún no lo ha hecho, la Agencia debe reanudar retroactivamente cualquier asistencia y beneficios que usted haya perdido por la notificación de la Agencia. La Agencia no adoptará ninguna otra medida sobre la notificación o notificaciones en cuestión.

Dado que el (los) asunto(s) se ha(n) resuelto a su favor, NO se programará una audiencia imparcial a menos que usted aún quiera tenerla para el (los) asunto(s) mencionado(s) anteriormente. En caso de que así sea, comuníquese con la Oficina de Audiencias Administrativas de la siguiente manera:

Llamando al 800-342-3334;

Ingresando a la página web: www.otda.ny.gov/oah;

Por correo a: Office of Administrative Hearings, 40 North Pearl Street, 15th Floor, Albany, NY 12201;

Por fax al 518-473-6735; o

En persona en: 5 Beaver Street, NY, NY 10004 o 40 North Pearl Street, Albany, NY 12201

Por: NYS OTDA - Office of Administrative Hearings, fechada el:

Firma
