

کی درخواست:
معاملہ #:
مرکز #:
ایجنسی:
منصفانہ سماعت #:

اپیل برائے ذیل کے معاملے میں
منصفانہ سماعت کی درخواست کا تعین
با تعین از منجانب _____
محکمہ برائے سماجی خدمات (Department of Social Services)
:

مندرجہ ذیل کا جائزہ لینے کے لیے _____ کو ایک منصفانہ سماعت کی درخواست کی گئی تھی:

کارروائی _____ معاملہ _____ نوٹس ID _____ نوٹس کی تاریخ _____

اس سماعت کے تمام معاملات کا فیصلہ آپ (اپیل کنندہ) کے حق میں حل کیا گیا تھا۔

اگر اس پر پہلے عمل درآمد نہیں کیا گیا ہے، تو ایجنسی کو اس کا اجرا پچھلی تاریخوں میں کر کے آپ کو ملنے والے تمام فوائد اور امداد کو ایجنسی کے نوٹس سے بحال کرنا چاہیے۔ ایجنسی زیر بحث نوٹس (نوٹسز) پر مزید کوئی کارروائی نہیں کرے گی۔

چونکہ معاملہ (معاملات) کا فیصلہ آپ کے حق میں حل آچکا ہے، لہذا اس لیے منصفانہ سماعت کا وقت مقرر نہیں کیا جائے گا جب تک کہ آپ ابھی بھی مذکورہ بالا معاملہ (معاملات) کے لیے منصفانہ سماعت نہ چاہتے ہوں۔ اس صورت میں، برائے مہربانی انتظامی سماعت کے دفتر (Office of Administrative Hearings) سے بذریعہ رابطہ کریں:

800-342-3334 پر کال کریں؛

ملاحظہ کریں www.otda.ny.gov/oah؛

بذریعہ ڈاک 15th Floor, Albany, NY 12201, 40 North Pearl Street, Office of Administrative Hearings;

518-473-6735 پر فیکس کریں؛ یا

40 North Pearl Street، Albany، NY 12201 یا 5 Beaver Street، NY، NY 10004

بذریعہ: NYS OTDA - انتظامی سماعتوں کا دفتر تاریخ:
دستخط