

NEW YORK STATE OFFICE OF TEMPORARY AND DISABILITY ASSISTANCE
ALBANY, NEW YORK

طلب الامتثال

رقم جلسة الاستماع العادلة	الوكالة
تاريخ جلسة الاستماع	
تاريخ القرار	
رقم الحالة	
الاسم	الممثل
العنوان	العنوان
المدينة/الولاية/الرقم البريدي	المدينة/الولاية/الرقم البريدي
الهاتف	الهاتف

إذا شعرت أن وكالة الخدمات الاجتماعية المحلية لم تمتثل لقرار جلسة الاستماع العادلة الذي صدر بشأن حالتك فاذكر السبب أدناه وأعد إرسال هذا النموذج بأكمله إلى العنوان الموضح أدناه:

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

الهاتف: 800-342-3334
الفاكس: (518) 473-6735

يُرجى توخي الدقة بقدر الإمكان في وصف الإجراء الذي لم يُمتثل له أو المخصصات التي لم تُقدَّم، مع توضيح المبالغ بالدولار والتواريخ إن أمكن.

لا أشعر أن وكالة الخدمات الاجتماعية المحلية امتثلت لقراري لأن:

تأكد من كتابة رقم الضمان الاجتماعي الخاص بك ورقم هاتف يمكن التواصل معك من خلاله في المساحة الموفرة أدناه.

التوقيع	رقم الضمان الاجتماعي	رقم الهاتف	التاريخ
---------	----------------------	------------	---------