

নিউ ইয়র্ক স্টেটের অস্থায়ী এবং প্রতিবন্ধী সহায়তার অফিস  
(NEW YORK STATE OFFICE OF TEMPORARY AND DISABILITY ASSISTANCE)  
আলবেনি, নিউ ইয়র্ক

**নিয়ম-কানুন মেনে চলার অনুরোধ**

ন্যায্য শুনানি নং _____	সংস্থা _____
শুনানির তারিখ _____	
সিদ্ধান্তের তারিখ _____	
কেস নং _____	
নাম _____	প্রতিনিধি _____
ঠিকানা _____	ঠিকানা _____
শহর/স্টেট/জিপ _____	শহর/স্টেট/জিপ _____
ফোন _____	ফোন _____

আপনি যদি মনে করেন যে স্থানীয় সামাজিক সেবা সংস্থাটি আপনার ন্যায্য শুনানির সিদ্ধান্তটিতে যথাযথ নিয়ম-কানুন অনুসরণ করেননি, নিম্নে সংশ্লিষ্ট কারণটি উল্লেখ করুন এবং সম্পূর্ণ ফর্মটি নিম্নে উল্লিখিত ঠিকানায় ফেরত পাঠান:

নিউ ইয়র্ক স্টেটের অস্থায়ী এবং প্রতিবন্ধী সহায়তার অফিস  
(New York State Office of Temporary and Disability Assistance)  
প্রশাসনিক শুনানির অফিস (Office of Administrative Hearings)  
প্রতিপালন ইউনিট (Compliance Unit)  
P.O. Box 1930  
Albany, NY 12201-1930

ফোন: 800-342-3334  
ফ্যাক্স 518-473-6735

কোন পদক্ষেপটি বা কি যথাযথভাবে মেনে চলা হয়নি তা যথাসম্ভব সুনির্দিষ্টভাবে লিখুন সুবিধাদি প্রদান করা হয়নি -সম্ভব হলে ডলারের পরিমাণ ও তারিখ উল্লেখপূর্বক।

আমি মনে করি না যে স্থানীয় সামাজিক সেবা সংস্থাটি আমার সিদ্ধান্তগ্রহণের ক্ষেত্রে যথাযথ নিয়মকানুন অনুসরণ করেছে কারণ:

---

---

---

---

---

---

নিম্নে আপনার সোশ্যাল সিকিউরিটি নম্বর ও আপনাকে যে ফোন নম্বরে পাওয়া যাবে তা উল্লেখ করুন।

স্বাক্ষর \_\_\_\_\_ সোশ্যাল সিকিউরিটি নম্বর \_\_\_\_\_ ফোন নম্বর \_\_\_\_\_ তারিখ \_\_\_\_\_