

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

合規申請

公平聽證會號碼 \_\_\_\_\_ 機構 \_\_\_\_\_  
聽證會日期 \_\_\_\_\_  
裁定日期 \_\_\_\_\_  
個案號碼 \_\_\_\_\_  
姓名 \_\_\_\_\_ 代表人 \_\_\_\_\_  
地址 \_\_\_\_\_ 地址 \_\_\_\_\_  
城市/州/郵遞區號 \_\_\_\_\_ 城市/州/郵遞區號 \_\_\_\_\_  
電話 \_\_\_\_\_ 電話 \_\_\_\_\_

如果您認為地方社會服務機構未執行公平聽證會裁定，請在下方陳述理由並將此份完整表格送返如下所示的地址：

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

電話：800-342-3334  
傳真：(518)473-6735

請盡可能詳細說明尚未執行哪些行動，或尚未提供哪些福利，如有可能，請一併提供金額與日期。

我認為地方社會服務機構並未執行關於我的裁定，因為：

---

---

---

---

---

---

---

---

請務必在下方空白處附上您的社會安全號碼以及可聯絡到您的電話號碼。

簽名

社會安全號碼

電話號碼

日期