

BUREAU D'ASSISTANCE TEMPORAIRE ET D'AIDE AUX PERSONNES INVALIDES DE L'ÉTAT DE
NEW YORK
ALBANY, NEW YORK

DEMANDE DE MISE EN CONFORMITÉ

| | | | |
|-----------------------------|-------|------------------------|-------|
| Audience équitable # | _____ | Agence | _____ |
| Date de l'audience | _____ | | |
| Date de la décision | _____ | | |
| No. Dossier | _____ | | |
| Nom | _____ | Représentant | _____ |
| Adresse | _____ | Adresse | _____ |
| Ville/État/Code postal | _____ | Ville/État/Code postal | _____ |
| Téléphone | _____ | Téléphone | _____ |

Si vous avez l'impression que l'Agence locale des services sociaux s'est conformée à la décision de votre audience équitable, indiquez ci-dessous la raison et renvoyez ce formulaire complet à l'adresse indiquée ci-après :

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

Téléphone : 800-342-3334
Fax : 518-473-6735

Veillez être aussi précis que possible dans la description de la mesure qui n'a pas été respectée ou des allocations qui n'ont pas été fournies - en précisant les montants en dollars et les dates dans la mesure du possible.

Je n'ai pas l'impression que l'Agence locale des services sociaux ait respecté ma décision car :

Assurez-vous d'inclure votre numéro de sécurité sociale et votre numéro de téléphone où l'on peut vous joindre dans l'espace ci-dessous.

| | | | |
|--------------------|-------------------------------------|------------------------------|---------------|
| _____ Signature | _____ Numéro de Sécurité Sociale | _____ Numéro de téléphone | _____ Date |
|--------------------|-------------------------------------|------------------------------|---------------|