

RICHIESTA DI CONFORMITÀ

N. Udienza imparziale	_____	Agenzia	_____
Data udienza	_____		
Data decisione	_____		
N. pratica	_____		
Nome	_____	Rappresentante	_____
Indirizzo	_____	Indirizzo	_____
Città/Stato/Codice postale	_____	Città/Stato/Codice postale	_____
Telefono	_____	Telefono	_____

Se non ritiene che l'Agenzia locale di servizi sociali abbia rispettato la decisione della sua udienza imparziale, indicare i motivi di seguito e restituire l'intero modulo all'indirizzo seguente:

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

Telefono: 800-342-3334
Fax: (518) 473-6735

Si prega di essere il più specifici possibili nel descrivere l'azione che non è stata rispettata o le prestazioni che non sono state fornite, indicando gli importi in dollari e le date dove possibile.

Non ritengo che l'Agenzia di servizi sociali locale abbia rispettato la mia decisione perché:

Si assicuri di inserire il suo numero di Sicurezza Sociale e un numero di telefono dove poterla contattare nello spazio di seguito.

_____ Firma _____ Numero Sicurezza sociale _____ Numero di telefono _____ Data _____