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

준수 요청서

공청회#_____ 기관_____

공청회 날짜 _____

결정일_____

케이스 번호 _____

성명_____ 담당자_____

주소_____ 주소_____

시/주/우편번호 _____ 시/주/우편번호_____

전화_____ 전화_____

지역사회 복지국이 공청회 결정을 준수하지 않은 것으로 판단할 경우 아래 사유를 기재하여 본 전체 양식을 다음 주소로 송부해 주시기 바랍니다.

New York State Office of Temporary and Disability Assistance
Office of Administrative Hearings
Compliance Unit
P.O.Box1930
Albany, NY12201-1930

전화: 800-342-3334
팩스: (518) 473-6735

어떤 조치가 준수되지 않았으며, 어떤 혜택이 제공되지 않았는가(해당 지역에 제공되어야 하는 금액과 혜택이 제공되는 기간 등)에 대해 구체적으로 기재하십시오.

본인은 다음의 사유로 지역 복지 서비스 기관에서 본인의 결정을 준수했다고 생각하지 않습니다.

_____
_____
_____
_____
_____
_____

아래 공란에 귀하의 소셜시큐리티 번호와 연락 가능한 전화번호를 함께 기재하십시오.

_____	_____	_____	
서명	소셜시큐리티 번호	전화번호	날짜