

BIURO POMOCY TYMCZASOWEJ I DLA OSÓB Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIĄ
ALBANY, NOWY JORK

WNIOSEK O ZASTOSOWANIE SIĘ DO DECYZJI

**Sprawiedliwe i
bezsronne
posiedzenie nr**

Agencja

Data posiedzenia

Data decyzji

Numer sprawy

Nazwisko

Adres

Miejscowość/Stan/Kod

pocztowy

Telefon

Pełnomocnik

Adres

Miejscowość/Stan/Kod

pocztowy

Telefon

Jeśli uważasz, że lokalna agencja świadcząca usługi społeczne nie stosuje się do decyzji podjętej po przeprowadzeniu sprawiedliwego i bezstronnego posiedzenia, proszę poniżej podać powód i odesłać cały formularz na poniższy adres:

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

Telefon: 800-342-3334

Faks: (518) 473-6735

Prosimy o szczegółowe opisanie, jakie działania nie zostały podjęte lub jakie świadczenia nie zostały zapewnione – w miarę możliwości proszę wskazać kwoty w dolarach i daty.

Uważam, że lokalna agencja świadcząca usługi społeczne nie stosuje się do decyzji w mojej sprawie, ponieważ:

Poniżej proszę podać numer ubezpieczenia społecznego oraz kontaktowy numer telefonu.

Podpis

Numer ubezpieczenia
społecznego

Numer telefonu

Data