

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

ЗАЯВЛЕНИЕ О НЕВЫПОЛНЕНИИ РЕШЕНИЯ

Беспристрастное слушание № _____ Агентство _____
Дата слушания _____
Дата вынесения решения _____
Дело № _____
Имя _____ Представитель _____
Адрес _____ Адрес _____
Город/штат/почтовый индекс _____ Город/штат/почтовый индекс _____
Тел. _____ Тел. _____

Если, по Вашему мнению, местным агентством по социальному обеспечению были допущены нарушения при выполнении решения по итогам беспристрастного слушания вашего дела, укажите ниже соответствующие основания и направьте данный заполненный бланк по указанному ниже адресу:

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

Тел.: 800-342-3334
Факс: (518) 473-6735

Просьба по возможности подробно указать, какое именно требование не было выполнено, или какие льготы не были предоставлены; если возможно, укажите сумму в долларах и даты.

По моему мнению, местное агентство по социальному обеспечению допустило нарушения при выполнении решения по моему делу, поскольку:

В строке ниже обязательно укажите Ваш номер социального обеспечения и номер телефона, по которому с Вами можно связаться.

Подпись _____ Номер социального обеспечения: _____ Тел.: _____ Дата: _____