

نیو یارک اسٹیٹ آفس آف ٹمپریری اینڈ ڈس ایبلٹی اسسٹنس  
الباہی، نیو یارک

درخواست برائے تعمیل

|       |              |       |                        |
|-------|--------------|-------|------------------------|
| _____ | ایجنسی       | _____ | <b>منصفانہ سماعت #</b> |
| _____ |              | _____ | سماعت کی تاریخ         |
| _____ |              | _____ | فیصلہ کی تاریخ         |
| _____ |              | _____ | کیس #                  |
| _____ | نمائندہ      | _____ | نام                    |
| _____ | پتہ          | _____ | پتہ                    |
| _____ | شہر/ریاست/ژپ | _____ | شہر/ریاست/ژپ           |
| _____ | فون          | _____ | فون                    |

اگر آپ کو لگتا ہے کہ مقامی سوشل سروسز ایجنسی نے آپ کے مبنی بر انصاف سماعت کے فیصلے کی تعمیل نہیں کی ہے تو نیچے وجہ درج کریں اور اس پورے فارم کو نیچے دیے گئے پتے پر بھیج دیں:

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

فون: 800-342-3334  
فیکس: 518-473-6735

کس عمل کی تعمیل نہیں کی گئی ہے یا کون سے فوائد فراہم نہیں کیے گئے ہیں اس بارے میں وضاحت کرنے میں براہ کرم جہاں تک ممکن ہو موضوع تک محدود رہیں - جہاں تک ممکن ہو ڈالر کی رقم اور تاریخیں فراہم کریں۔

مجھے لگتا ہے کہ مقامی سوشل سروسز ایجنسی نے میرے سے متعلق فیصلے کی تعمیل نہیں کی کیونکہ:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

نیچے فراہم کردہ جگہ میں اپنا سوشل سیکیورٹی نمبر اور فون نمبر شامل کرنے کو یقینی بنائیں جس پر آپ سے رابطہ کیا جاسکتا ہو۔

\_\_\_\_\_

تاریخ

\_\_\_\_\_

فون نمبر

\_\_\_\_\_

سوشل سیکیورٹی نمبر

\_\_\_\_\_

دستخط