

أرسله بالفاكس إلى: (518) 473-6735

## نموذج طلب عقد جلسة استماع عادلة - بالفاكس أو عن طريق البريد

P.O. BOX 1930

ALBANY, NY 12201-1930

يُرجى كتابة البيانات بوضوح. من خلال تقديم معلومات صحيحة ومكتملة سنتمكن من جدولة جلسة استماع عادلة بسرعة

اسم الحالة: \_\_\_\_\_ (الاسم الأخير) \_\_\_\_\_ (الاسم الأول) \_\_\_\_\_ (الحرف الأول من الاسم الأوسط)

عنوان الشارع: \_\_\_\_\_ رقم الشقة: \_\_\_\_\_

المدينة: \_\_\_\_\_ الولاية: \_\_\_\_\_ الرمز البريدي: \_\_\_\_\_

رقم الهاتف: ( ) \_\_\_\_\_ تاريخ الميلاد: \_\_\_\_\_ رقم SS: \_\_\_\_\_ رقم الهاتف رمز المنطقة

ذكر  أنثى  رقم الحالة: \_\_\_\_\_ رقم CIN: \_\_\_\_\_ رقم المركز/الوكالة المحلية: \_\_\_\_\_هل هناك حاجة إلى مترجم فوري؟  نعم  لا اللغة: \_\_\_\_\_نعم  لا  إذا كانت الإجابة بنعم قدم الوثائق الطبية. لا تقم بتأخير الطلب للحصول على مستندات طبية. يلزم تقديم رقم هاتف خاص بالمثل أو رقم الطلب إذا لم يكن لديك هاتف: \_\_\_\_\_الممثل  مقدم الطلب  الاسم: \_\_\_\_\_

العنوان: \_\_\_\_\_

المدينة: \_\_\_\_\_ الولاية: \_\_\_\_\_ الرمز البريدي: \_\_\_\_\_ رقم الهاتف: ( ) \_\_\_\_\_ رمز المنطقة رقم الهاتف

هل استلمت المستأنف إخطارًا من إدارة الخدمات الاجتماعية المحلية؟  نعم  لا  
(\*\*\*\*\*) يرجى إرفاق نسخة من الإخطار مع هذا النموذج (\*\*\*\*\*)

إذا كانت الإجابة بنعم: تاريخ الإخطار: \_\_\_\_\_ تاريخ السريان: \_\_\_\_\_ رقم الإخطار: \_\_\_\_\_ رقم RTI: \_\_\_\_\_

(إذا كان ينطبق)

إجراء الوكالة المحلية	فئة المساعدة (التعريفات مدرجة تحت المربع)							القيود
	أخرى (حدد النوع)	*PCS	FAP	FS	MA	SNA	FA	
الوقف	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ضع علامة X على الأيام والموا
الخفض	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	عيد التي لا يُمكنك حضور جلسة
الرفض	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	الاستماع خلالها
عدم الأهلية	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	M T W T F
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ص _ _ _ _ _
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	م _ _ _ _ _

\*إذا كانت خدمات رعاية شخصية: قدم رقم CASA /الوكالة ووضح نوع الخدمات: \_\_\_\_\_

(NYC)

MA = Medicaid

PCS = خدمات الرعاية الشخصية

SNA = مساعدة شبكة الأمان (والمعروفة سابقًا باسم HR)

FAP = برنامج المساعدة الغذائية

FA = دعم الأسرة (والمعروف مسبقًا باسم ADC)

FS = قسائم الطعام

أسباب طلب عقد جلسة الاستماع (حدد النطاق الزمني، إذا كان ينطبق): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

تاريخ اليوم \_\_\_\_\_