

公平聽證會申請表-傳真或郵寄
P.O. BOX 1930
ALBANY, NY 12201-1930
請用正楷填寫資訊。正確完整的資訊有助於我們儘速安排公平聽證會

案名：_____ (姓氏) _____ (名字) _____ (中間名)
 街道地址：_____ 公寓號碼：_____
 城市：_____ 州別：_____ 郵遞區號：_____
 出生日期：_____ 電話號碼：() _____ SS#：_____
區碼 電話號碼
 案號：_____ CIN#：_____ 當地機構/中心編號：_____

是否需要口譯人員？ 是 否 語言：_____

上訴人是否為居家失能者？ 是 否 如回答是，請提供醫療證明文件。請勿為了取得病歷而延遲申請。如果您沒有電話，則需註明代表人或申請人的電話號碼：

代表人 申請人 姓名：_____

地址：_____

城市：_____ 州別：_____ 郵遞區號：_____ 電話號碼：() _____
區碼 電話號碼

上訴人是否曾接獲本地社會服務部門寄來的通知書？ 是 否
 (****請將該份通知書的副本附於本申請表中****)

如回答是：通知書日期：_____ 生效日期：_____ 通知書編號：_____ RTI#：_____ (如果有)

限制條件 在您不能參加聽證會的 週間日或時間處標 X	當地機構行動	補助類別 (定義在此方框下)						
		FA	SNA	MA	FS	FAP	PCS*	其他 (請註明 類型)
週一 週二 週三 週四 週五	中斷	<input type="checkbox"/>						
上午 _____	扣減	<input type="checkbox"/>						
下午 _____	駁回	<input type="checkbox"/>						
	不適用	<input type="checkbox"/>						

*如為個人照護服務：請指明 CASA# _____ /機構 _____ 並指明服務類型：_____ (NYC)

FA=家庭援助 (之前稱為 ADC) SNA=安全網援助 (之前稱為 HR) MA=Medicaid
 FS=糧食券 FAP=食物補助計畫 PCS=個人照護服務

申請召開聽證會的原因 (請註明時限 (如果有))：_____

當前日期 _____