

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：\_\_\_\_\_  
 電話號碼：( ) \_\_\_\_\_ 區碼 電話號碼 出生日期：\_\_\_\_\_ SS#：\_\_\_\_\_  
 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)						其他 (請註明 類型)
		FA	SNA	MA	FS	FAP	PCS*	
週一 週二 週三 週四 週五	中斷	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
上午 _____	扣減	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
下午 _____	駁回	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	不適用	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<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 \_\_\_\_\_