

FORMULAIRE DE DEMANDE D'AUDIENCE ÉQUITABLE – TÉLÉCOPIE OU COURRIER

P.O. BOX 1930
ALBANY, NY 12201-1930

Veillez imprimer les informations clairement. Des informations correctes et complètes nous permettront de programmer rapidement une audience équitable

INTITULÉ : _____ (NOM) _____ (PRÉNOM) _____ (SECOND PRÉNOM)

ADRESSE DE RUE : _____ APPT. # : _____

VILLE : _____ ÉTAT : _____ CODE POSTAL : _____

TÉLÉPHONE # : () _____ DATE DE NAISSANCE : _____ SS# : _____
INDICATIF RÉGIONAL TÉLÉPHONE #

DOSSIER # : _____ CIN # : _____ AGENCE/CENTRE LOCAL : _____

BESOIN D'UN INTERPRÈTE ? OUI NON LANGUE : _____

Appelant confiné à domicile ? Oui Non **Si oui, présenter le dossier médical. Ne pas retarder la soumission du dossier médical. Le contact téléphonique d'un représentant ou du demandeur est requis si vous n'avez pas de téléphone :**

Représentant Demandeur NOM : _____

ADRESSE : _____

VILLE : _____ ÉTAT : _____ CODE POSTAL : _____ NUMÉRO DE TÉLÉPHONE # : () _____
INDICATIF RÉGIONAL TÉLÉPHONE #

L'APPELANT A-T-IL REÇU UN AVIS DU SERVICE SOCIAL LOCAL ? OUI NON

(***** VEUILLEZ JOINDRE UNE COPIE DE L'AVIS AU PRÉSENT FORMULAIRE *****)

Si Oui : Date de l'avis : _____ Date d'effet : _____ AVIS # : _____ RTI # : _____

RESTRICTIONS	ACTION DE L'AGENCE LOCALE	CATÉGORIE D'ASSISTANCE (définitions sous encadré)						
		FA	SNA	MA	SNAP	HEAP	PCS*	AUTRE (indiquer le type)
Mettre un X au niveau des jours ou des temps auxquels vous ne pouvez pas assister à l'audition concerné L M M J V AM _____ PM _____ (Une raison doit être fournie)	Interruption	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
	Réduction	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
	Déni	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Inadéquation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
* En cas de services de soins personnels : Fournir CASA # _____ /Agence _____ & indiquer le type de services : _____								
Nom du régime de soins gérés _____								

FA=Aide aux familles (autrefois ADC)

SNAP=Programme d'aide de nutrition supplémentaire

SNA=Aide à la sécurité sociale (autrefois HR)

HEAP=Programme d'aide pour l'énergie domestique

MA=Medicaid

PCS=Services de soins personnels

Motif de la demande d'audience (indiquer les délais) : _____

Renseignements nécessaires pour les audiences de placement familial : nom de l'enfant, date de naissance de l'enfant, nom de la mère biologique, numéro de dossier de l'enfant, nom de l'agence. Besoin d'indiquer la période de demande de paiements pour famille d'accueil.