

FORMULARZ WNIOSKU O SPRAWIEDLIWE I BEZSTRONNE POSIEDZENIE – FAKS LUB POCZTA

P.O. BOX 1930

ALBANY, NY 12201-1930

Proszę uzupełnić wyraźnie drukowanymi literami. Właściwe i pełne informacje pozwolą nam niezwłocznie zaplanować sprawiedliwe i bezstronne posiedzenie.

NAZWA SPRAWY: _____
(NAZWISKO) (IMIĘ) (INICJAŁ DRUGIEGO IMIENIA)

ULICA I NR DOMU: _____ NR MIESZKANIA: _____

MIEJSCOWOŚĆ: _____ STAN: _____ KOD POCZTOWY: _____

NR TELEFONU: (____) _____ DATA URODZENIA: _____ NR UB. SPOŁ.: _____

MĘŻCZYZNA KOBIETA NR SPRAWY: _____ NR CIN: _____ LOKALNA AGENCJA / LOKALNY OŚRODEK: _____

POTRZEBNY TŁUMACZ? TAK NIE JĘZYK: _____

Czy strona odwołująca się nie może podróżować? TAK NIE **Jeśli tak, proszę przedstawić dokumentację medyczną. Proszę nie opóźniać wniosku do uzyskania dokumentacji medycznej. Jeśli nie masz telefonu, potrzebny jest numer telefonu pełnomocnika lub wnioskodawcy.**

Pełnomocnik Wnioskodawca IMIĘ I NAZWISKO: _____

ADRES: _____

MIEJSCOWOŚĆ: _____ STAN: _____ KOD POCZTOWY _____ NR TELEFONU: (____) _____

CZY STRONA ODWOŁUJĄCA SIĘ OTRZYMAŁA ZAWIADOMIENIE OD LOKALNEGO WYDZIAŁU OPIEKI SPOŁECZNEJ? TAK NIE

(***PROSZĘ ZAŁĄCZYĆ KOPIĘ ZAWIADOMIENIA DO NINIEJSZEGO FORMULARZA*****)**

Jeśli tak: Data zawiadomienia: _____ Data wejścia w życie _____ Zawiadomienie nr: _____ NR RTI: _____

OGRODICZENIA	DZIAŁANIA PODJĘTE PRZEZ LOKALNĄ AGENCJĘ		KATEGORIA POMOCY (pola zdefiniowano poniżej)				
	FA	SNA	MA	SNAP	HEAP	PCS*	INNE
Postaw znak X w dniach lub godzinach, w których nie możesz uczestniczyć w posiedzeniu							
P W Ś C Pt							
AM _____	Wstrzymanie <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
PM _____	Zmniejszenie <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(Należy podać powód)	Odmowa <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Brak kwalifikacji <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	* Jeżeli usługi opieki indywidualnej: Proszę podać nr CASA _____ / Agencji _____ i wskazać rodzaj usługi: _____						
	Nazwa planu opieki zarządzanej _____						

FA = Family Assistance (Pomoc rodzinie) (dawniej ADC) SNA = Safety Net Assistance (Pomoc zabezpieczająca) (dawniej HR) SNAP = Supplemental Nutrition Assistance Program (Program uzupełniającej pomocy żywieniowej) (dawniej Food Stamps (Znaczniki żywnościowe))

MA = Medicaid HEAP = Home Energy Assistance Program (Program pomocy w opłaceniu kosztów energii) PCS = Personal Care Services (Usługi opieki indywidualnej)

Powód złożenia wniosku o posiedzenie (proszę wskazać przedział czasu): _____

Informacje potrzebne w przypadku posiedzeń dotyczących opieki zastępczej: Imię i nazwisko dziecka, data urodzenia dziecka, imię i nazwisko matki dziecka, numer sprawy dziecka, nazwa agencji. Proszę wskazać okres ubiegania się o świadczenia z tytułu opieki zastępczej.