

**БЛАНК ЗАЯВЛЕНИЯ НА БЕСПРИСТРАСТНОЕ СЛУШАНИЕ ДЕЛА – ОТПРАВИТЬ ФАКСОМ ИЛИ ПО ПОЧТЕ**

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

Пожалуйста, вписывайте данные печатными буквами разборчиво. Правильная и полная информация позволит нам быстро составить план беспристрастного слушания.

ИМЯ ПАЦИЕНТА: \_\_\_\_\_ (ФАМИЛИЯ) \_\_\_\_\_ (ИМЯ) \_\_\_\_\_ (ИИ)

АДРЕС: КВ. \_\_\_\_\_ №: \_\_\_\_\_

ГОРОД: \_\_\_\_\_ ШТАТ: \_\_\_\_\_ ПОЧТОВЫЙ ИНДЕКС: \_\_\_\_\_

№ ТЕЛЕФОНА: ( ) \_\_\_\_\_ ДАТА РОЖДЕНИЯ: \_\_\_\_\_ № SS: \_\_\_\_\_  
КОД ГОРОДА № ТЕЛЕФОНА

ПАЦИЕНТ №: \_\_\_\_\_ № CIN: \_\_\_\_\_ № МЕСТНОГО ОРГАНА/ЦЕНТРА: \_\_\_\_\_

ЕСТЬ ЛИ НЕОБХОДИМОСТЬ ПРЕДОСТАВЛЕНИИ ПЕРЕВОДЧИКА?  ДА  НЕТ ЯЗЫК: \_\_\_\_\_

Является ли заявитель прикованным к дому?  Да  Нет Если да, представьте медицинские документы. Не откладывайте запрос на получение медицинских документов. Если у вас нет телефона, требуется номер телефона представителя или подателя запроса:

Представитель  Податель запроса ИМЯ: \_\_\_\_\_

АДРЕС: \_\_\_\_\_

ГОРОД: ШТАТ: \_\_\_\_\_ ПОЧТОВЫЙ ИНДЕКС: \_\_\_\_\_ № ТЕЛЕФОНА: ( ) \_\_\_\_\_  
КОД ГОРОДА № ТЕЛЕФОНА

ПОЛУЧИЛ ЛИ ЗАЯВИТЕЛЬ УВЕДОМЛЕНИЕ ИЗ МЕСТНОГО ОТДЕЛА СОЦИАЛЬНОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ?  ДА  НЕТ  
(\*\*\*\*\* ПОЖАЛУЙСТА, ПРИЛОЖИТЕ К ЭТОМУ ЗАЯВЛЕНИЮ КОПИЮ УВЕДОМЛЕНИЯ \*\*\*\*\*)

Если да: Дата уведомления: \_\_\_\_\_ Дата вступления в силу: \_\_\_\_\_ № УВЕДОМЛЕНИЯ: \_\_\_\_\_ № RTI: \_\_\_\_\_  
(Если возможно)

ОГРАНИЧЕНИЯ Отметьте значком X если вы сможете присутствовать на слушаниях	ДЕЙСТВИЯ МЕСТНЫХ ОРГАНОВ		ВИД ПОМОЩИ (определения приведены ниже в таблице)					ДРУГОЕ (укажите, время не дни или тип)
	FA	SNA	MA	FS	FAP	PCS*		
Пн Вт Ср Чт Пт								
До 12.00	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
После 12.00	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Прекращение дела	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Сокращение	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Отказ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Несоответствие требованиям	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

\* В случае индивидуального обслуживания: Предоставьте номер CASA \_\_\_\_\_ / Учреждение \_\_\_\_\_ и укажите тип услуг: \_\_\_\_\_  
(NYC)

FA=Помощь семьи (прежнее название ADC)

SNA=Система социальной защиты (прежнее название HR)

MA=Бесплатная медицинская помощь Medicaid

FS=Продовольственные талоны

FAP=Программа продовольственной помощи

PCS=Индивидуальное обслуживание

Причина подачи заявления на проведение слушания (если возможно, укажите временные рамки): \_\_\_\_\_

ДАТА ЗАПОЛНЕНИЯ \_\_\_\_\_