

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

Р.О. 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) _____ (MI)

АДРЕС: КВ. _____ №: _____

ГОРОД: _____ ШТАТ: _____ ПОЧТОВЫЙ ИНДЕКС: _____

№ ТЕЛЕФОНА: () _____ ДАТА РОЖДЕНИЯ: _____ № SS: _____
КОД ГОРОДА № ТЕЛЕФОНА

М Ж 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 _____