

منصفانہ سماعت کی درخواست کا فارم - فیکس یا ڈاک

P.O. BOX 1930

ALBANY, NY 12201-1930

براہ کرم معلومات کو جلی حروف میں صاف صاف لکھیں۔ درست اور مکمل معلومات سے ہمیں فوری طور پر آپ کی منصفانہ سماعت شیڈیول کرنے کی اجازت ملے گی۔

کیس نام: _____ (آخری) _____ (پہلا) _____ (درمیانی نام کا پہلا حرف)

اسٹریٹ کا پتہ: _____ اپارٹمنٹ #: _____

شہر: _____ ریاست: _____ ژپ کوڈ: _____

تاریخ پیدائش: _____ فون #: _____ علاقے کا کوڈ _____

کیس #: _____ # CIN _____ مقامی ایجنسی/سینٹر: _____

مترجم کی ضرورت ہے؟ ہاں نہیں زبان: _____

کیا اپیل کنندہ گھر تک محدود ہے؟ ہاں نہیں

اگر ہاں تو، طبی دستاویزات فراہم کریں۔ طبی دستاویز حاصل کرنے کے لیے درخواست میں تاخیر نہ کریں۔ اگر آپ کے پاس فون نہیں ہے تو نمائندہ یا درخواست کنندہ کے لیے فون نمبر کی ضرورت ہے:

نمائندہ درخواست دہندہ نام: _____

پتہ: _____

شہر: _____ ریاست: _____ ژپ کوڈ: _____ فون #: _____ علاقے کا کوڈ _____ فون # _____

کیا اپیل کنندہ کو مقامی محکمہ برائے سماجی خدمات سے نوٹس ملا ہے؟ ہاں نہیں

***** براہ کرم اس فارم کے ساتھ نوٹس کی کاپی منسلک کریں *****

اگر ہاں تو: نوٹس کی تاریخ: _____ مؤثر تاریخ: _____ نوٹس #: _____ RTI #: _____

اعانت کا زمرہ (ذیل کے باکس میں تعریفیں دیکھیں)							مقامی ایجنسی کی کارروائی	پابندیاں
FA	SNA	MA	SNAP	HEAP	PCS	دیگر (قسم کے بارے میں بتائیں)		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	منقطع ہونا	ان دنوں یا اوقات پر X نشان لگائیں جب آپ سماعت میں شامل نہیں ہوسکتے
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	کمی	شامل نہیں ہوسکتے
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	انکار	پیر منگل بدھ جمعرات جمعہ
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	کوتاہی	صبح _____
* اگر ذاتی نگہداشت کی خدمات ہے تو: # CASA _____ /ایجنسی _____ فراہم کریں اور خدمات کی قسم بتائیں: _____								دوپہر _____
منضبط نگہداشت کے منصوبے کا نام _____								شام _____
								(وجہ فراہم کرنا ضروری ہے)

Medicaid=MA
PCS=ذاتی نگہداشت کی خدمات

SNA=سیفٹی نیٹ اسسٹنس (سابقہ HR)
HEAP=گھریلو توانائی سے متعلق اعانتی پروگرام

FA=خاندانی اعانت (سابقہ ADC)
SNAP=تکمیلی غذائی امدادی پروگرام

سماعت کی درخواست کے لیے وجہ (پیمانہ وقت بتائیں): _____

رضاعی نگہداشت کی سماعتوں کے لیے درکار معلومات: بچہ کا نام، بچہ کی تاریخ پیدائش، حقیقی والدہ کا نام، بچے کا کیس نمبر، ایجنسی کا نام۔ رضاعی نگہداشت کی ادائیگیوں کے لیے وقفہ کی نشاندہی کرنے کی ضرورت ہے۔

12/21/21 نظر ثانی شدہ

آج کی تاریخ _____