

פעיר היערינג פארלאנג פארם - פעקס אדער פאסט

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

ביטע קלאר אריינשרייבן די אינפארמאציע. אויספילן אינגאנצן מיט ריכטיגע און דייטליכע אינפארמאציע וועט אונד ערלויבן באלד צו באשטימען א צייט פאר א פעיר היערינג.

קעיס נאמען: _____ (לעצטער) _____ (ערשטער) _____ (מיטל)

גאס אדרעס: _____ אפארטמענט נומער: _____

שטאט: _____ סטעיט: _____ זיפ קאוד: _____

טעלעפאן: (_____) _____ געבורטס דאטום: _____ ס.ס. נומער: _____

קעיס נומער: _____ CIN נומער: _____ לאקאלע אגענטור / צענטער: _____

איבערזעצער פארלאנגט? יא ניין שפראך: _____

איז שווער פאר אפעלאנט צו פארלאזן דער שטוב? יא ניין אויב יא, צושטעלן מעדיקעל דאקומענטן. לייגט נישט אפ פארלאנג ביז'ן באקומען. טעל. נומער פאר פארטרעטער / בעטער פארלאנגט אויב איר האט נישט קיין טעלעפאן.

פארטרעטער בעטער נאמען: _____

אדרעס: _____

שטאט: _____ סטעיט: _____ זיפ: _____ טעלעפאן: (_____) _____

האט אפעלאנט באקומען א מודעה פון דער ארטיגער סאוועל סערוויסעס דעפארטמענט? יא ניין

(**** ביטע צולייגן א קאפיע פון דער מודעה צו דעם פארם ****)

אויב יא: דאטום פון מודעה: _____ דאטום עפעקטיוו: _____ מודעה נומער: _____ RTI נומער: _____

ארטיגע אגענטור אקציע							הילף קאטעגאריע (באדייטן אונטער דער קעסטל)	
FA	SNA	MA	SNAP	HEAP	*PCS	אנדערע		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	אפשטעל	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	רעדוקציע	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	אפזאג	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	געפעלט	
* אויב פערזענליכע קעיר סערוויסעס לייגט דעם CASA נומער _____ / _____ אגענטור _____ און צייכנט דער סארט סערוויס: _____							נאמען פון מענעדזש'ד קעיר פלאן _____	

באגרענעצונגען

לייגט אן X פאר טעג אדער צייטן איר קענט נישט קומען צו א היערינג

מ ד מ ד פ

צופרי _____

נאכמיטאג _____

(מוז לייגן א סיבה)

SNAP = סופלעמענטאל נוטרישען הילף פראגראם (פריער 'פוד סטעמפס')
 PCS = פערזענליכע קעיר סערוויסעס

SNA = סעיפטי נעט הילף (פריער HR)
 HEAP = היים ענערגיע הילף פראגראם

FA = פאמיליע הילף (פריער ADC)
 MA = מעדיקעיד

סיבה פאר בעטן א היערינג (לייגט צייט אפשניטן): _____

אינפארמאציע נייטיג פאר פאסטער קעיר היערינגס: קינד'ס נאמען, קינד'ס געבורטס דאטום, געבורטס מוטער'ס נאמען, קינד'ס קעיס נומער, אגענטור נאמען. לייגט אריין צייט אפשניט אויף ווען מען זוכט פאסטער קעיר באצאלונגען.

היינטיגער דאטום: _____