

ন্যায় শুনানি অনুরোধ ফর্ম – ফ্যাক্স করুন বা ডাকযোগে পাঠান  
P.O. BOX 1930

ALBANY, NY 12201-1930

অনুগ্রহ করে তথ্যাবলী স্পষ্টভাবে লিখুন। সঠিক এবং সম্পূর্ণ তথ্য আমাদেরকে অবিলম্বে ন্যায় শুনানির তারিখ নির্ধারণে সহায়তা করবে।

কেসের নাম: \_\_\_\_\_  
(নামের শেষ অংশ) (নামের প্রথম অংশ) (নামের মাঝের অংশ)

রাস্তার ঠিকানা: \_\_\_\_\_ এপার্টমেন্ট নং: \_\_\_\_\_

শহর: \_\_\_\_\_ স্টেট: \_\_\_\_\_ জিপ কোড: \_\_\_\_\_

ফোন নং: ( ) \_\_\_\_\_ জন্ম তারিখ: \_\_\_\_\_ SSনং: \_\_\_\_\_  
এসিয়া কোড ফোন নং

কেস নং: \_\_\_\_\_ CIN নং: \_\_\_\_\_ স্থানীয় এজেন্সি/কেন্দ্র নং: \_\_\_\_\_

দোভাষী প্রয়োজন?  হ্যাঁ  না ভাষা: \_\_\_\_\_

আবেদনকারী চলাফেরায় অক্ষম?  হ্যাঁ  না হ্যাঁ হলে, চিকিৎসা সংক্রান্ত নথি দিন। চিকিৎসা নথির পাওয়ার অনুরোধ করায় বিলম্ব করবেন না। আপনার ফোন নম্বর না থাকলে প্রতিনিধি বা আবেদনকারীর ফোন নম্বর আবশ্যিক:

প্রতিনিধি  আবেদনকারী নাম: \_\_\_\_\_

ঠিকানা: \_\_\_\_\_

শহর: \_\_\_\_\_ স্টেট: \_\_\_\_\_ জিপ কোড: \_\_\_\_\_ ফোন নং: ( ) \_\_\_\_\_  
এসিয়া কোড ফোন নং

আবেদনকারী স্থানীয় সামাজিক সেবা অধিদপ্তর থেকে কোনো বিজ্ঞপ্তি পেয়েছিলেন কি?  হ্যাঁ  না

(\*\*\*\*\* এই ফর্মের সাথে অনুগ্রহ করে বিজ্ঞপ্তিটির একটি অনুলিপি সংযুক্ত করুন \*\*\*\*\*)

হ্যাঁ হলে: নোটিশের তারিখ: \_\_\_\_\_ কার্যকরী তারিখ: \_\_\_\_\_ নোটিশ নং: \_\_\_\_\_ RTI নং: \_\_\_\_\_

বিধিনিষেধসমূহ দিন বা সময়ে X চিহ্ন দিন বলুন আপনি শুনানিতে অংশ নিতে পারবেন না সোম মঙ্গল বুধ বৃহ শুক্র সকাল _____ সন্ধ্যা _____ (অবশ্যই একটি কারণ দর্শাতে হবে)	স্থানীয় এজেন্সি অ্যাকশন							অন্যান্য (নির্দিষ্ট করে কি ধরনের)
	সহায়তা বিভাগ (নিম্নের বক্সটিতে সংজ্ঞা দেওয়া আছে)	FA	SNA	MA	SNAP	HEAP	PCS*	
বাতিল	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
হ্রাস	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
অস্বীকৃতি	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
অপর্যাপ্ততা	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
* ব্যক্তিগত পরিচর্যা পরিসেবার ক্ষেত্রে: CASA উল্লেখ করুন নং _____/সংস্থা _____ এবং সেবার ধরন উল্লেখ করুন: _____								
যে সেবা নিচ্ছেন তার নাম _____								

FA=পারিবারিক সহায়তা (Family Assistance) (পূর্বের ADC) SNA=সেফটি নেট সহায়তা (Safety Net Assistance) (পূর্বের HR) MA=মেডিকয়েড (Medicaid)  
SNAP=সম্পূর্ণক পুষ্টি সহায়তা প্রোগ্রাম (Supplemental Nutritional Assistance Program)  
HEAP=গৃহ জ্বালানি সহায়তা প্রোগ্রাম (Home Energy Assistance Program) PCS=ব্যক্তিগত পরিচর্যা পরিষেবা (Personal Care Services)

শুনানির আবেদনের কারণ (সময়সীমা উল্লেখ করুন): \_\_\_\_\_

ফসটার কেয়ার শুনানির জন্য প্রয়োজনীয় তথ্য: শিশুর নাম, শিশুর জন্মতারিখ, মায়ের নাম, শিশুর কেস নম্বর, সংস্থার নাম। যে সময়ের জন্য ফসটার কেয়ার পেমেন্টের অনুরোধ করা হচ্ছে তা উল্লেখ করতে হবে।