

FORMULARIO DE SOLICITUD DE AUDIENCIA JUSTA. ENVÍE POR FAX O POR CORREO

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

Escriba claramente con letra de molde. La información correcta y completa nos permitirá programar oportunamente una Audiencia justa

NOMBRE DEL CASO: _____
(APELLIDO) (PRIMER NOMBRE) (SEGUNDO NOMBRE)

DIRECCIÓN: _____ APT. #: _____

CIUDAD: _____ ESTADO: _____ CÓDIGO POSTAL: _____

N.º DE TELÉFONO: () _____ FECHA DE NACIMIENTO: _____ SS N.º: _____
CÓDIGO DE ÁREA N.º DE TELÉFONO:

CASO N.º: _____ CIN #: _____ N.º DE AGENCIA O CENTRO LOCAL: _____

¿NECESITA UN INTÉRPRETE? SÍ NO IDIOMA: _____

¿Está el apelante confinado en su casa? SÍ No Si su respuesta es sí, proporcione la documentación médica. No retrase la solicitud para obtener médico. Si usted no tiene teléfono se requiere el número de teléfono del representante o solicitante:

Representante Solicitante NOMBRE: _____

DIRECCIÓN: _____

CIUDAD: _____ ESTADO: _____ CÓDIGO POSTAL _____ N.º DE TELÉFONO: () _____
CÓDIGO DE ÁREA N.º DE TELÉFONO:

¿RECIBIÓ EL APELANTE UN AVISO DEL DEPARTAMENTO DE SERVICIOS SOCIALES LOCAL? SÍ NO
(***** ADJUNTE UNA COPIA DEL AVISO A ESTE FORMULARIO *****)

Si su respuesta es Sí: Fecha del aviso: _____ Fecha de vigencia: _____ AVISO #: _____ RTI N.º: _____

(Si aplica)

RESTRICCIONES Coloque una X en días y horas puede que no asistir a la audiencia	ACCIÓN DE LA AGENCIA LOCAL	CATEGORÍA DE ASISTENCIA (definiciones debajo del cuadro)						
		FA	SNA	MA	FS	FAP	PCS*	OTROS (indique qué tipo)
L M M J V	Suspensión	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
a. m. _ _ _ _ _	Reducción	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
p. m. _ _ _ _ _	Negación	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Insuficiencia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

* Si tiene Servicios de cuidado personal: proporcione CASA N.º _____ /Agencia _____
e indique el tipo de servicios: _____
(NYC)

FA=Asistencia familiar (conocido como ADC) SNA=Red de asistencia de seguridad (conocido como HR) MA=Medicaid
FS=Estampillas de alimentos FAP=Programa de asistencia alimenticia PCS=Servicios de cuidado

Razones por las que solicita una audiencia (indique el período de tiempo, si aplica): _____

FECHA DE HOY _____