UFFICIO DI ASSISTENZA TEMPORANEA E DISABILITÀ
Sito web: www.otda.ny.gov/oah

UFFICIO UDIENZE AMMINISTRATIVE
FAX: (518) 473-6735
N. Telefono: 1-800-342-3334

MODULO DI RICHIESTA DI UDIENZA IMPARZIALE - INVIARE VIA FAX O PER POSTA

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

Scrivere le informazioni in stampatello o a macchina in modo chiaro. La fornitura di informazioni corrette e complete ci consentirà di programmare tempestivamente un'udienza imparziale.

NOME PRATICA: _____ _____
(COGNOME) (PRIMO NOME) (INIZ. 2° NOME)

INDIRIZZO (VIA/PIAZZA): _____ INTERNO N.: _____

LOCALITÀ: _____ STATO: _____ CODICE POSTALE: _____

N. TELEFONO: (__) _____ DATA DI NASCITA: _____ N. SS: _____

☐ MASCHIO ☐ FEMMINA N. PRATICA: _____ N. CIN: _____ AGENZIA LOCALE/CENTRO: _____

È NECESSARIO UN INTERPRETE? SÌ ☐ NO ☐ LINGUA: _____

L'appellante è costretto a casa? ☐ **SÌ** ☐ **NO** **Se sì, fornire documentazione medica. Non ritardare la richiesta mentre si riceve assistenza medica.**
È necessario fornire un numero di telefono del rappresentante o del richiedente se non ha un telefono.

☐ **Rappresentante** ☐ **Richiedente** NOME: _____

INDIRIZZO: _____

LOCALITÀ: _____ STATO: _____ CAP: _____ N. TELEFONO: (____)_____

L'APPELLANTE HA RICEVUTO UN AVVISO DAL DIPARTIMENTO LOCALE DI SERVIZI SOCIALI? ☐ **SÌ** ☐ **NO**

(***ALLEGARE UNA COPIA DELL'AVVISO A QUESTO MODULO*****)**

Se sì: Data di avviso: _____ Data di decorrenza: _____ N. avviso: _____ N. RTI: _____

LIMITAZIONI		**AZIONE DELL'AGENZIA LOCALE**	**CATEGORIA DI ASSISTENZA (definizioni sotto il riquadro)**									
Mettere una X nei giorni o negli orari in cui non può partecipare all'udienza			**FA**	**SNA**	**MA**	**SNAP**	**HEAP**	**PCS***	**ALTRI**			
M T Q T F		Interruzione	☐	☐	☐	☐		☐	☐			
AM ___ ___ ___ ___ ___		Riduzione	☐	☐	☐	☐		☐	☐			
PM ___ ___ ___ ___ ___		Rifiuto	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐			
(Fornire un motivo)		Inadeguatezza	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐			
		* Se Servizi di assistenza personale Fornire n. CASA /Agenzia _____ e indicare il tipo di servizio:___										
		Nome del Piano di Cure gestite_____										

FA= Assistenza familiare (ex ADC)	SNA = Assistenza rete di sicurezza (ex HR)	SNAP = Programma di assistenza supplementare per l'alimentazione (ex Food Stamps)
MA = Medicaid	HEAP = Programma di assistenza energia abitativa	PCS = Servizi di assistenza personale

Motivo della richiesta di udienza imparziale (indicare i tempi): _____

_____

_____

_____

_____

Informazioni richieste per udienze di affido: Nome del minore, data di nascita del minore, nome della madre biologica, numero di pratica del minore, nome dell'agenzia. Indicare il periodo per cui si richiedono i pagamenti di affido.

DATA DI OGGI:_____