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.

(COGNOME)					(PF	RIMO NOME	E) (IN	IZ. 2° NOI	N 4 E \	
			(COGNOME) INDIRIZZO (VIA/PIAZZA):					(PRIMO NOME) (INIZ. 2° NOME)		
n/										
MASCHIO FEMMINA N. PRATICA: N. CIN:					AGENZIA LOCALE/CENTRO:					
NO 🗆 I	LINGUA:									
assiste È nece	enza me essario fo	dica. ornire un i								
				TELEFO	NO: ()				
DAL DIPARTIMEN	NTO LOC	ALE DI SEF	RVIZI SOC	IALI?		a I	NO			
LLEGARE UNA COF	PIA DELL	'AVVISO A	QUESTO	MODUL	.0****)				
Data di decorrenza	a:		N. avviso			N. RTI	l:			
AZIONE DELL'AGENZIA LOCALE CATEGORIA DI ASSISTENZA (nizioni so	tto il riqu	adro)		
FA	SNA	MA	SNAP	НЕАР	PCS*	ALTRI				
ruzione										
zione										
co 🗌										
eguatezza										
izi di assistenza pe	rsonale F	ornire n. (CASA /A	Agenzia _		e indica	re il tipo d	li servizi	o:	
l Piano di Cure ges	tite									
	, ,		1		• •		mentazione	(ex Food	Stamps	
	NO Se sì, assiste È nece se noi NOME: STATO: DAL DIPARTIMENTALLEGARE UNA CORDINATORIO DELL'AGENZIA LOCORDIO FA ruzione guatezza rizi di assistenza pe el Piano di Cure ges stenza rete di sicurezza	NO Se sì, fornire de assistenza merè necessario for se non ha un tre NOME: STATO: STATO: STATO: CALLEGARE UNA COPIA DELL' Data di decorrenza: DELL'AGENZIA LOCALE FA SNA Truzione Sione Siguatezza Sizi di assistenza personale for se non ha un tre de sicurezza (ex HR)	NO Se sì, fornire documenta assistenza medica. È necessario fornire un rese non ha un telefono. NOME: STATO: CAP: DAL DIPARTIMENTO LOCALE DI SERVILLEGARE UNA COPIA DELL'AVVISO AD Data di decorrenza: DELL'AGENZIA LOCALE FA SNA MA Truzione Dieguatezza Dieguatezza	NO Se sì, fornire documentazione me assistenza medica. È necessario fornire un numero co se non ha un telefono. NOME:	NO Se sì, fornire documentazione medica. No assistenza medica. È necessario fornire un numero di telefor se non ha un telefono. NOME: STATO: CAP: N. TELEFO! DAL DIPARTIMENTO LOCALE DI SERVIZI SOCIALI? LLEGARE UNA COPIA DELL'AVVISO A QUESTO MODUL Data di decorrenza: N. avviso: DELL'AGENZIA LOCALE CATEGORIA DI ASSISTENZI FA SNA MA SNAP HEAP Tuzione COMPANIA SNAP HEAP Tuzione COMPANIA SINAP SI	NO Se sì, fornire documentazione medica. Non ritard assistenza medica. È necessario fornire un numero di telefono del ra se non ha un telefono. NOME: STATO: CAP: N. TELEFONO: (DAL DIPARTIMENTO LOCALE DI SERVIZI SOCIALI? LILEGARE UNA COPIA DELL'AVVISO A QUESTO MODULO***** Data di decorrenza: N. avviso: DELL'AGENZIA LOCALE CATEGORIA DI ASSISTENZA (defin medica) ruzione Cio Cio Cio Cio Cio Cio Cio Ci	NO Se sì, fornire documentazione medica. Non ritardare la ric assistenza medica. È necessario fornire un numero di telefono del rappresent se non ha un telefono. NOME: STATO: CAP: N. TELEFONO: () DAL DIPARTIMENTO LOCALE DI SERVIZI SOCIALI? Sì Data di decorrenza: N. avviso: N. RT DELL'AGENZIA LOCALE CATEGORIA DI ASSISTENZA (definizioni so FA SNA MA SNAP HEAP PCS* ALTRI PUZIONE L'INGULA SINA POR POSTA DI ASSISTENZA (definizioni so PUZIONE DELL'AGENZIA LOCALE CATEGORIA DI ASSISTENZA (definizioni so PUZIONE DELL'AGENZIA LOCALE SINA SNAP PEDETAMBATICA DELL'AVVISO A PEDETAMBATICA DELL'AVVI	NO Se sì, fornire documentazione medica. Non ritardare la richiesta me assistenza medica. È necessario fornire un numero di telefono del rappresentante o de se non ha un telefono. P. NOME: STATO: CAP: N. TELEFONO: () DAL DIPARTIMENTO LOCALE DI SERVIZI SOCIALI? Sì NO ILLEGARE UNA COPIA DELL'AVVISO A QUESTO MODULO*****) Data di decorrenza: N. avviso: N. RTI: DELL'AGENZIA LOCALE CATEGORIA DI ASSISTENZA (definizioni sotto il riqui provincione N. SNAP HEAP PCS* ALTRI TUZIONE NATIRI PCS* ALTRI FA SNA MA SNAP HEAP PCS* ALTRI FUIZIONE OLICIA DI SERVIZI SOCIALI? SI NATIRI PCS* ALTRI FA SNA MA SNAP HEAP PCS* ALTRI FUIZIONE OLICIA DI SISSISTENZA (definizioni sotto il riqui provincione	LINGUA: NO Se sì, fornire documentazione medica. Non ritardare la richiesta mentre si assistenza medica. È necessario fornire un numero di telefono del rappresentante o del richies se non ha un telefono. NOME: STATO: CAP: N. TELEFONO: (DAL DIPARTIMENTO LOCALE DI SERVIZI SOCIALI? DALA DIPARTIMENTO LOCALE DI SERVIZI SOCIALI? N. avviso: N. AVVISO: N. RTI: DELL'AGENZIA LOCALE CATEGORIA DI ASSISTENZA (definizioni sotto il riquadro) FA SNA MA SNAP HEAP PCS* ALTRI RUZIONE CIO CIO CIO CIO CIO CIO CIO CI	

del minore, nome dell'agenzia. Indicare il periodo per cui si richiedono i pagamenti di affido. DATA DI OGGI:

Informazioni richieste per udienze di affido: Nome del minore, data di nascita del minore, nome della madre biologica, numero di pratica