

FORMULARIO DE SOLICITUD DE AUDIENCIA JUSTA. ENVÍE POR FAX O POR CORREOP.O. Box 1930
ALBANY, NY 12201-1930Escriba claramente con letra de molde. La información correcta y completa nos permitirá programar oportunamente una Audiencia justaNOMBRE DEL CASO: _____
(APELLIDO) (PRIMER NOMBRE) (SEGUNDO NOMBRE)

DIRECCIÓN: _____ APT. #: _____

CIUDAD: _____ ESTADO: _____ CÓDIGO POSTAL: _____

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

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	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
a. m. _ _ _ _ _	Reducción	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
p. m. _ _ _ _ _	Negación	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	Insuficiencia	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
* 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 _____