



FAMILY INDEPENDENCE ADMINISTRATION

Seth W. Diamond, Executive Deputy Commissioner



James K. Whelan, Deputy Commissioner
Policy, Procedures and Training

Lisa C. Fitzpatrick, Assistant Deputy Commissioner
Office of Procedures

POLICY BULLETIN #04-82-EMP

REVISION TO NOTICE OF INTENT TO DISCONTINUE CHILD CARE BENEFITS (W-273YY)

Date: April 27, 2004	Subtopic(s): Forms
<p> This procedure can now be accessed on the FIAweb. </p> <p> Forms can now be accessed through Print on Demand at all Job Centers. </p> <p>Manual Notices</p> <p>Sample Computer Generated Notices</p>	<p>The purpose of this policy bulletin is to inform staff of revisions to the Notice of Intent to Discontinue Child Care Benefits (W-273YY) and the W-273YY (S).</p> <p>The Fair Hearing template was updated to include the new online e-mail address for requesting fair hearings.</p> <p>The Automated Child Care Information System (ACCIS) will generate an automated version of the W-273YY that will combine the English face and a Spanish reverse of the notice. The computer-generated notice will include a separate insert (form W-273YY [insert]) that contains the Fair Hearing instructions in English and Spanish. Parents/guardians will be instructed to read the attached insert for Conference and Fair Hearing information in both English (face) and Spanish (reverse).</p> <p><i>Effective Immediately</i></p> <p>Attachments:</p> <p>W-273YY Notice of Intent to Discontinue Child Care Benefits (Timely and Adequate) (Rev. 4/27/04)</p> <p>W-273YY (S) Notice of Intent to Discontinue Child Care Benefits (Spanish) (Timely and Adequate) (Rev. 4/27/04)</p> <p>W-273YY Notice of Intent to Discontinue Child Care Benefits (Timely and Adequate) (4/27/04)</p> <p>W-273YY (Insert) Conference and Fair Hearing information (4/27/04)</p>

HAVE QUESTIONS ABOUT THIS PROCEDURE?
Call 718-557-1313 then press 2 at the prompt followed by 765 or
send an e-mail to *FIA Call Center*



Date: _____

Case Number: _____

ACCIS Number: _____

Caseload: _____

Worker Name: _____

Worker Telephone Number: _____

FH&C Telephone Number: _____

Notice of Intent to Discontinue Child Care Benefits

(Timely and Adequate)

This Agency intends to **discontinue** your payment of Child Care benefits effective _____ .
Date

The reason for this action is:

Employment Sanction

You have either failed to comply with, or failed to report to, a mandated work-related activity.

Programmatically Ineligible**

You are not participating in a work-related activity.

Your child(ren) is/are no longer under the age of 13.

Insufficient Documentation

The documentation requested has not been provided to this Agency.

Public Assistance Case Closed*

Public Assistance cases closed for employment may be eligible for Transitional Child Care benefits.

Financially Ineligible

Your household income exceeds the limit for publicly funded Child Care.

No Longer Employed

You are no longer employed, and therefore no longer entitled to Transitional Child Care benefits.

The law(s) and/or regulation(s) that allow(s) us to do this is/are: 18 NYCRR § 404.1, § 404.5, § 415.2, § 415.3, § 415.7, § 415.8, and 12 NYCRR § 1300.4.

* Public Assistance cases closed for employment may be eligible for Transitional Child Care benefits. Please call (212) 835-7681 for more information.

** Children between the ages of 13 and 19 who have been identified as special needs are considered programmatically eligible for child care benefits.

You Have the Right to Appeal This Decision

BE SURE TO READ PAGE TWO FOR CONFERENCE AND FAIR HEARING INFORMATION

Conference and Fair Hearing Information

CONFERENCE

If you think our decision is wrong, or if you do not understand our decision, please call us to set up a conference (informal meeting with us). To do this, call the Fair Hearing and Conference (FH&C) unit phone number available on **page one** or write to us at the address on **page one** of this notice. Sometimes this is the fastest way to solve a problem you may have. We encourage you to do this even if you have asked for a Fair Hearing. If you ask for a conference, you are still entitled to a Fair Hearing.

STATE FAIR HEARING

How to Ask for a Fair Hearing: If you believe the decision(s) we are making is/are wrong, you may request a State Fair Hearing by telephone, writing, fax, in person or online.

- (1) **TELEPHONE:** Call (800) 342-3334. (Please have this notice in hand when you call.)
- (2) **WRITE:** Send a copy of the entire notice, with the "Fair Hearing Request" section completed, to the Office of Administrative Hearings, New York State Office of Temporary and Disability Assistance, **P.O. Box 1930, Albany, NY 12201**. (Please keep a copy for yourself.)
- (3) **FAX:** Fax a copy of the entire notice, with the "Fair Hearing Request" section completed, to: **(518) 473-6735**.
- (4) **IN PERSON:** Bring a copy of the entire notice, with the "Fair Hearing Request" section completed, to the Office of Administrative Hearings, New York State Office of Temporary and Disability Assistance at either **14 Boerum Place, Brooklyn** or **330 West 34th Street, 3rd floor, Manhattan**.
- (5) **ONLINE:** Complete an online request form at: <http://www.otda.state.ny.us/oah/forms.asp>

What to Expect at a Fair Hearing: The State will send you a notice that tells you when and where the Fair Hearing will be held. At the hearing, you will have a chance to explain why you think our decision is wrong. To help explain your case, you can bring a lawyer, witnesses such as a relative or a friend to the hearing, and/or give the Hearing Officer any written documentation related to your case such as: pay stubs, leases, receipts, bills and/or doctor's statements, etc. If you cannot come yourself, you can send someone to represent you. If you are sending someone who is not a lawyer to the hearing instead of you, you must give that person a letter to show the Hearing Officer that you want that person to represent you. At the hearing, you, your lawyer or your representative can also ask questions of witnesses whom we bring, or you bring, to explain the case.

LEGAL ASSISTANCE: If you need free legal assistance, you may be able to obtain such assistance by contacting your local Legal Aid Society or other legal advocate group. You may locate the nearest Legal Aid Society or advocate group by checking the Yellow Pages under "Lawyers."

ACCESS TO YOUR FILE AND COPIES OF DOCUMENTS: To help you get ready for the hearing, you have a right to look at your case files. If you call, write or fax us, we will send you free copies of the documents from your files, which we will give to the Hearing Officer at the Fair Hearing. Also, if you call, write or fax us, we will send you free copies of specific documents from your files which you think you may need to prepare for your Fair Hearing. To ask for documents or to find out how to look at your file, call **(718) 722-5012**, fax **(718) 722-5018** or write to **HRA Division of Fair Hearing, 14 Boerum Place, Brooklyn, New York 11201**. If you want copies of your documents from your case file, you should ask for them ahead of time. Usually, they will be sent to you within three working days of when you asked for them. If you make your request less than five working days before your hearing, your case file documents may be given to you at your hearing.

INFORMATION: If you want more information about your case, how to ask for a Fair Hearing, how to see your file or how to get additional copies of documents, call or write to us at the phone number/address listed on the front of this notice.

FAIR HEARING REQUEST

Deadline: If you want the State to review our decision, you must ask for a Fair Hearing within sixty (60) days from the date of the notice for public assistance and/or medical assistance issues.

I want a Fair Hearing. The Agency's decision is wrong because:

Print Name: _____ Case Number: _____

Address: _____ Telephone Number: _____
Street Apt. No. City State Zip Code

Signature: _____ Date: _____



Fecha del Aviso: _____

Número del Caso: _____

Número de ACCIS: _____

Unidad del Caso: _____

Nombre del Trabajador: _____

Teléfono del Trabajador: _____

Teléfono de FH&C: _____

Aviso de la Intención de Discontinuar los Beneficios de Cuidado Infantil

(A Tiempo y Adecuado)

Esta Agencia tiene la intención de **discontinuar** su pago de beneficios de Cuidado Infantil a partir de _____
(fecha)

Esta medida se debe al siguiente motivo:

Sanción de Empleo

Usted no ha cumplido o no se ha presentado a una actividad de trabajo obligatoria.

No Reune los Requisitos del Programa**

Usted no está participando en actividades de trabajo.

Su(s) niño(s) ya no tienen menos de 13 años de edad.

No hay Suficiente Documentación

La documentación solicitada por la Agencia no ha sido proporcionada.

Caso de Asistencia Pública Cerrado*

Los casos de Asistencia Pública cerrados por empleo pueden ser elegibles para beneficios de Cuidado Infantil de Transición.

No es Elegible debido a su Situación Económica

Los ingresos del hogar sobrepasan el límite de Cuidado Infantil subsidiado por el gobierno.

Actualmente está Desempleado

Debido a que usted ya no está trabajando, no tiene derecho a beneficios de Cuidado Infantil de Transición.

Las leyes y/o disposiciones reglamentaria(s) que nos permiten obrar de tal forma son: 18 NYCRR § 404.1, 404.5, 415.2, 415.3, 415.7, 415.8, y 12 NYCRR § 1300.4.

* Los casos de Asistencia Pública cerrados por empleo pueden ser elegibles para beneficios de Cuidado Infantil de Transición. Favor de llamar al (212) 835-7681 para más información.

** Los niños con edad de 13 a 19 años a quienes se hayan reconocido tener alguna necesidad especial se consideran elegibles con respecto al programa para beneficios de cuidado infantil.

Usted Tiene el Derecho de Apelar esta Decision

ASEGÚRESE DE LEER LA SEGUNDA PÁGINA PARA INFORMACIÓN SOBRE LA CONFERENCIA Y AUDIENCIA IMPARCIAL

Información sobre Conferencias y Audiencias Imparciales

CONFERENCIA

Si usted considera que nuestra decisión ha sido errónea, o si no la entiende, por favor llámenos para arreglar una conferencia (reunión informal con nosotros). Para ello, llame al número de teléfono de la unidad de Audiencia Imparciales y Conferencias (FH&C) que aparece en la **primera página** o escribanos a la dirección que aparece en la **primera página** de este aviso. A veces este resulta el modo más rápido de solucionar algún problema que pueda tener. Le recomendamos que así lo haga, aun si ha pedido una Audiencia Imparcial. En el caso de solicitar una conferencia, usted seguirá teniendo derecho a una Audiencia Imparcial.

AUDIENCIA IMPARCIAL ESTATAL

Cómo Solicitar una Audiencia Imparcial: Si usted considera que la(s) decisión(es) que estamos tomando es/son errónea(s), puede solicitar una Audiencia Imparcial Estatal por teléfono, por escrito, por fax, en persona o por Internet.

- (1) **POR TELÉFONO:** Llame al **(800) 342-3334**. (Favor de tener este aviso a mano cuando llame.)
- (2) **POR ESCRITO:** Envíe una copia de todo el aviso con la sección "Petición de Audiencia Imparcial" llenada, a: Office of Administrative Hearings, New York State Office of Temporary and Disability Assistance, **P.O. Box 1930, Albany, NY 12201**. (Favor de guardar una copia para usted.)
- (3) **POR FAX:** Envíe una copia de todo el aviso, con la sección "Petición de Audiencia Imparcial" llenada, al número: **(518) 473-6735**.
- (4) **EN PERSONA:** Traiga una copia de todo el aviso, con la sección "Petición de Audiencia Imparcial" llenada, a la Oficina de Audiencias Administrativas, Office of Administrative Hearings, New York State Office of Temporary and Disability Assistance a cualquiera de las siguientes direcciones: **14 Boerum Place, Brooklyn**; o **330 West 34th Street, 3rd floor, Manhattan**.
- (5) **POR INTERNET:** Complete una solicitud de formulario electrónico conectándose a: <http://www.otda.state.ny.us/oah/forms.asp>

Qué Puede Esperar de La Audiencia Imparcial: El Estado le enviará una notificación que le informa de cuándo y dónde se llevará a cabo la Audiencia Imparcial. En la audiencia, usted tendrá la oportunidad de explicar la razón por la que considera que nuestra decisión es errónea. Para ayudarle a presentar su caso, usted puede traer a la audiencia a un abogado, testigos como familiares o amigos, y/o entregarle al Funcionario de la Audiencia cualquier documento escrito relacionado con su caso tal como: talones de paga, contratos de arrendamiento, recibos, cuentas y/o declaraciones médicas, etc. Si no puede acudir a la audiencia, puede enviar a alguien que le represente. Si tal representante no es abogado, usted debe proporcionarle una carta para que el Funcionario de la Audiencia sepa de que usted desea que tal persona represente. Durante la audiencia, usted, su abogado o su representante también pueden interrogar a los testigos por parte nuestra o suya, para aclarar el caso.

ASISTENCIA LEGAL: Si necesita asistencia legal gratis, podría obtener tal asistencia comunicándose con la Sociedad de Ayuda Legal de su localidad (Legal Aid Society) u otro grupo legal de abogacía. Usted puede localizar la Sociedad de Ayuda Legal o grupo de obogacía más cercano buscando en las páginas amarillas bajo "lawyers" (abogados).

ACCESO A SU ARCHIVO Y COPIAS DE DOCUMENTOS: Para ayudarle a prepararse para la audiencia, usted tiene el derecho de revisar los archivos de su caso. Si usted nos llama, nos escribe o nos manda un facsímil, le proporcionaremos copias gratuitas de los documentos que se encuentran en su archivo, los mismos que se entregarán al Funcionario de Audiencias durante la Audiencia Imparcial. Además, si usted nos llama, nos escribe o nos manda su petición por facsímil, le enviaremos copias gratuitas de documentos específicos contenidos en su archivo y los cuales usted considere necesarios al prepararse para la Audiencia Imparcial. Para pedir documentos o para averiguar como revisar su archivo, llámenos al **(718) 722-5012**, por facsímil al **(718) 722-5018** o escriba a: **HRA Division of Fair Hearing, 14 Boerum Place, Brooklyn, New York 11201**. Si desea copias de documentos contenidos en su archivo, debe pedir las con anticipación. Generalmente, estas se le enviarán dentro de tres días laborales a partir de la fecha en que las pide. Si solicita las copias menos de cinco días laborales antes de la fecha en que se celebrará su audiencia, se le podrían entregar el día de la audiencia.

INFORMACIÓN: Si desea más información sobre su caso, como pedir una Audiencia Imparcial, como revisar su archivo o como obtener copias adicionales de documentos, llame o escribanos al número telefónico y/o dirección que aparecen en la parte delantera de este aviso.

PETICIÓN DE AUDIENCIA IMPARCIAL

Fecha Límite: Si usted desea que el estado revise nuestra decisión, usted tiene que solicitar una Audiencia Imparcial dentro de 60 días a partir de la fecha de este aviso para asuntos de asistencia pública y/o asuntos asistencia médica.

Deseo una Audiencia Imparcial. La decisión de la agencia es errónea porque:

Nombre en Letras de Molde: _____ Número de Caso: _____

Dirección: _____ Número de Teléfono: _____
Calle Num. del Apto. Ciudad Estado Código Postal

Firma del Solicitante: _____ Fecha: _____



Date: _____

Case Number: _____

ACCIS Number: _____

Caseload: _____

Worker Name: _____

Worker Telephone Number: _____

FH&C Telephone Number: _____

Notice of Intent to Discontinue Child Care Benefits

(Timely and Adequate)

This Agency intends to **discontinue** your payment of Child Care benefits effective _____ Date

The reason for this action is:

Employment Sanction

You have either failed to comply with, or failed to report to, a mandated work-related activity.

Programmatically Ineligible**

You are not participating in a work-related activity.

Your child(ren) is/are no longer under the age of 13.

Insufficient Documentation

The documentation requested has not been provided to this Agency.

ACCIS Sample

Public Assistance Case Closed*

Public Assistance cases closed for employment may be eligible for Transitional Child Care benefits.

Financially Ineligible

Your household income exceeds the limit for publicly funded Child Care.

No Longer Employed

You are no longer employed, and therefore no longer entitled to Transitional Child Care benefits.

The law(s) and/or regulation(s) that allow(s) us to do this is/are: 18 NYCRR § 404.1, § 404.5, § 415.2, § 415.3, § 415.7, § 415.8, and 12 NYCRR § 1300.4.

* Public Assistance cases closed for employment may be eligible for Transitional Child Care benefits. Please call (212) 835-7681 for more information.

** Children between the ages of 13 and 19 who have been identified as special needs are considered programmatically eligible for child care benefits.

You Have the Right to Appeal This Decision

BE SURE TO READ THE ATTACHED INSERT FOR CONFERENCE INFORMATION



Conference and Fair Hearing Information

CONFERENCE

If you think our decision is wrong, or if you do not understand our decision, please call us to set up a conference (informal meeting with us). To do this, call the Fair Hearing and Conference (FH&C) unit phone number available on the front of the attached notice or write to us at the address shown on the front of the same notice. Sometimes this is the fastest way to solve a problem you may have. We encourage you to do this even if you have asked for a Fair Hearing. If you ask for a conference, you are still entitled to a Fair Hearing.

STATE FAIR HEARING

How to Ask for a Fair Hearing: If you believe the decision(s) we are making is/are wrong, you may request a State Fair Hearing by telephone, writing, fax, in person or online.

- (1) **TELEPHONE:** Call **(800) 342-3334**. (Please have this notice in hand when you call.)
- (2) **WRITE:** Send a copy of the entire notice, with the "Fair Hearing Request" section completed, to the Office of Administrative Hearings, New York State Office of Temporary and Disability Assistance, **P.O. Box 1930, Albany, NY 12201**. (Please keep a copy for yourself.)
- (3) **FAX:** Fax a copy of the entire notice, with the "Fair Hearing Request" section completed, to: **(518) 473-6735**.
- (4) **IN PERSON:** Bring a copy of the entire notice, with the "Fair Hearing Request" section completed, to the Office of Administrative Hearings, New York State Office of Temporary and Disability Assistance at either **14 Boerum Place, Brooklyn** or **330 West 34th Street, 3rd floor, Manhattan**.
- (5) **ONLINE:** Complete an online request form at: <http://www.otda.state.ny.us/oah/forms.asp>

What to Expect at a Fair Hearing: The State will send you a notice that tells you when and where the Fair Hearing will be held. At the hearing, you will have a chance to explain why you think our decision is wrong. To help explain your case, you can bring a lawyer, witnesses such as a relative or a friend to the hearing, and/or give the Hearing Officer any written documentation related to your case such as: pay stubs, leases, receipts, bills and/or doctor's statements, etc. If you cannot come yourself, you can send someone to represent you. If you are sending someone who is not a lawyer to the hearing instead of you, you must give that person a letter to show the Hearing Officer that you want that person to represent you. At the hearing, you, your lawyer or your representative can also ask questions of witnesses whom we bring, or you bring, to explain the case.

LEGAL ASSISTANCE: If you need free legal assistance, you may be able to obtain such assistance by contacting your local Legal Aid Society or other legal advocate group. You may locate the nearest Legal Aid Society or advocate group by checking the Yellow Pages under "Lawyers."

ACCESS TO YOUR FILE AND COPIES OF DOCUMENTS: To help you get ready for the hearing, you have a right to look at your case files. If you call, write or fax us, we will send you free copies of the documents from your files, which we will give to the Hearing Officer at the Fair Hearing. Also, if you call, write or fax us, we will send you free copies of specific documents from your files which you think you may need to prepare for your Fair Hearing. To ask for documents or to find out how to look at your file, call **(718) 722-5012**, fax **(718) 722-5018** or write to **HRA Division of Fair Hearing, 14 Boerum Place, Brooklyn, New York 11201**. If you want copies of your documents from your case file, you should ask for them ahead of time. Usually, they will be sent to you within three working days of when you asked for them. If you make your request less than five working days before your hearing, your case file documents may be given to you at your hearing.

INFORMATION: If you want more information about your case, how to ask for a Fair Hearing, how to see your file or how to get additional copies of documents, call or write to us at the phone number/address listed on the front of this notice.

FAIR HEARING REQUEST

Deadline: If you want the State to review our decision, you must ask for a Fair Hearing within sixty (60) days from the date of the notice for public assistance and/or medical assistance issues.

I want a Fair Hearing. The Agency's decision is wrong because:

Print Name: _____ Case Number: _____

Address: _____ Telephone Number: _____
Street Apt. No. City State Zip Code

Signature: _____ Date: _____

Información sobre Conferencias y Audiencias Imparciales

CONFERENCIA

Si usted considera que nuestra decisión ha sido errónea, o si no la entiende, por favor llámenos para arreglar una conferencia (reunión informal con nosotros). Para ello, llame al número de teléfono de la unidad de Audiencia Imparciales y Conferencias (FH&C) que aparece en la primera página o escribanos a la dirección que aparece en la primera página del mismo aviso. A veces este resulta el modo más rápido de solucionar algún problema que pueda tener. Le recomendamos que así lo haga, aun si ha pedido una Audiencia Imparcial. En el caso de solicitar una conferencia, usted seguirá teniendo derecho a una Audiencia Imparcial.

AUDIENCIA IMPARCIAL ESTATAL

Cómo Solicitar una Audiencia Imparcial: Si usted considera que la(s) decisión(es) que estamos tomando es/son errónea(s), puede solicitar una Audiencia Imparcial Estatal por teléfono, por escrito, por fax, en persona o por Internet.

- (1) **POR TELÉFONO:** Llame al (800) 342-3334. (Favor de tener este aviso a mano cuando llame.)
- (2) **POR ESCRITO:** Envíe una copia de todo el aviso con la sección "Petición de Audiencia Imparcial" llenada a: Office of Administrative Hearings, New York State Office of Temporary and Disability Assistance, P.O. Box 1930, Albany, NY 12201. (Favor de guardar una copia para usted.)
- (3) **POR FAX:** Envíe una copia de todo el aviso, con la sección "Petición de Audiencia Imparcial" llenada al número: (518) 473-6735.
- (4) **EN PERSONA:** Traiga una copia de todo el aviso, con la sección "Petición de Audiencia Imparcial" llenada a la Oficina de Audiencias Administrativas, Office of Administrative Hearings, New York State Office of Temporary and Disability Assistance a cualquiera de las siguientes direcciones: 14 Boerum Place, Brooklyn; o 330 West 34th Street, 3rd floor, Manhattan.
- (5) **POR INTERNET:** Complete una solicitud de formulario electrónico conectándose a: <http://www.otda.state.ny.us/oah/forms.asp>

Qué Puede Esperar de La Audiencia Imparcial: El Estado le enviará una notificación que le informa de cuándo y dónde se llevará a cabo la Audiencia Imparcial. En la audiencia, usted tendrá la oportunidad de explicar la razón por la que considera que nuestra decisión es errónea. Para ayudarle a presentar su caso, usted puede traer a la audiencia a un abogado, testigos como familiares o amigos, y/o entregarle al Funcionario de la Audiencia cualquier documento escrito relacionado con su caso tal como: talones de paga, contratos de arrendamiento, recibos, cuentas y/o declaraciones médicas, etc. Si no puede acudir a la audiencia, puede enviar a alguien que le represente. Si tal representante no es abogado, usted debe proporcionarle una carta para que el Funcionario de la Audiencia sepa de que usted desea que tal persona represente. Durante la audiencia, usted, su abogado o su representante también pueden interrogar a los testigos por parte nuestra o suya, para aclarar el caso.

ASISTENCIA LEGAL: Si necesita asistencia legal gratis, podría obtener tal asistencia comunicándose con la Sociedad de Ayuda Legal de su localidad (Legal Aid Society) u otro grupo legal de abogacía. Usted puede localizar la Sociedad de Ayuda Legal o grupo de obogacía más cercano buscando en las páginas amarillas bajo "lawyers" (abogados).

ACCESO A SU ARCHIVO Y COPIAS DE DOCUMENTOS: Para ayudarle a prepararse para la audiencia, usted tiene el derecho de revisar los archivos de su caso. Si usted nos llama, nos escribe o nos manda un facsímil, le proporcionaremos copias gratuitas de los documentos que se encuentran en su archivo, los mismos que se entregarán al Funcionario de Audiencias durante la Audiencia Imparcial. Además, si usted nos llama, nos escribe o nos manda su petición por facsímil, le enviaremos copias gratuitas de documentos específicos contenidos en su archivo y los cuales usted considere necesarios al prepararse para la Audiencia Imparcial. Para pedir documentos o para averiguar como revisar su archivo, llámenos al (718) 722-5012, por facsímil al (718) 722-5018 o escriba a: HRA Division of Fair Hearing, 14 Boerum Place, Brooklyn, New York 11201. Si desea copias de documentos contenidos en su archivo, debe pedirlos con anticipación. Generalmente, estas se le enviarán dentro de tres días laborales a partir de la fecha en que las pide. Si solicita las copias menos de cinco días laborales antes de la fecha en que se celebrará su audiencia, se le podrían entregar el día de la audiencia.

INFORMACIÓN: Si desea más información sobre su caso, como pedir una Audiencia Imparcial, como revisar su archivo o como obtener copias adicionales de documentos, llame o escribanos al número telefónico y/o dirección que aparecen en la parte delantera de este aviso.

PETICIÓN DE AUDIENCIA IMPARCIAL

Fecha Límite: Si usted desea que el estado revise nuestra decisión, usted tiene que solicitar una Audiencia Imparcial dentro de 60 días a partir de la fecha de este aviso para asuntos de asistencia pública y/o asuntos asistencia médica.

Deseo una Audiencia Imparcial. La decisión de la agencia es errónea porque:

Nombre en Letras de Molde: _____ Número de Caso: _____

Dirección: _____ Número de Teléfono: _____
Calle Num. del Apto. Ciudad Estado Código Postal

Firma del Solicitante: _____ Fecha: _____