REQUEST FOR FAIR HEARING

NAME		PHONE NUMBER	*SOCIAL SECURITY NO.
MAILING ADDRESS (Street, Apt. #, RFD, etc)			*CARES NO.
CITY	ZIP CODE	COUNTY OR AGENCY	CASE WORKER OR W-2 WORKER

EFFECTIVE DATE OF ADVERSE ACTION

⇐ **DATE YOUR BENEFITS WILL CHANGE**

If the action affects your MA or FoodShare benefits and your request is received before the effective date, your benefits in most cases, will not stop or be reduced. (Overpayment of benefits may be recovered by the county agency.) Do you wish your benefits to be continued? ☐ **YES** ☐ **NO**

✔ CHECK TYPE OF BENEFIT AND ACTION TAKEN THAT YOU ARE APPEALING

	APPLICATION DENIED	APPLICATION PROCESS DELAYED	TERMINATED (BENEFITS ENDING)	OVER-PAYMENT	BENEFIT AMOUNT REDUCED
☐ MEDICAL ASSISTANCE	☐	☐	☐	☐	☐
☐ LEVEL OF CARE (Nursing Home)					
☐ PRIOR AUTHORIZATION (What was denied? _____)					
☐ SSI-MA (State Supplement Cash Benefits)					
☐ FOODSHARE	☐	☐	☐	☐	☐
☐ NOT RECEIVED					
☐ DENIED 'EXPEDITED SERVICE'					
☐ MIGRANT HOUSEHOLD	☐	☐	☐	☐	☐
☐ ENERGY ASSISTANCE	☐	☐	☐	☐	☐
☐ FOSTER HOME RELATED (Name of Agency who took the Action: _____)					
☐ LICENSE DENIAL					
☐ LICENSE REVOCATION					
☐ REMOVAL OF CHILD					
☐ CARETAKER SUPPLEMENT	☐	☐	☐	☐	☐
☐ KINSHIP CARE	☐	☐	☐	☐	☐
☐ AFDC-Recovery of Past Benefits	☐	☐	☐	☐	☐
☐ CHILD CARE	☐	☐	☐	☐	☐

☐ W-2 – Fact-Finding Decision Review (Must have fact-finding review with W-2 agency before requesting this. Must include complete copy of fact-finding decision.)

Why are you asking for a hearing? (continue on other side if needed)

Signature (Specify if guardian, POA, etc.)	Date

*THE INFORMATION REQUESTED IS NEEDED TO IDENTIFY YOUR CASE AND PROCESS YOUR REQUEST. INCOMPLETE OR INACCURATE INFORMATION WILL DELAY THE PROCESSING OF YOUR REQUEST.

Return this completed form to: **DIVISION OF HEARINGS AND APPEALS, P.O. BOX 7875, MADISON, WI 53707-7875**

တရားမျှစီရင်ကြားနာမှုပြုရန်မေတ္တာရပ်ခံခြင်း

အမည်		ဖုန်းနံပါတ်	*SOCIAL SECURITY (လူမှုဖူလုံရေး)အမှတ်
နေရပ်လိပ်စာ (လမ်းအမည်၊ တိုက်နံပါတ်၊ RFD အစရှိသည်ဖြင့် .....)			*CARES အမှတ်
မြို့အမည်	ဇစ်ကုတ်နံပါတ်	နိုင်ငံ သို့မဟုတ် အေဂျင်စီ	ကူညီသူ သို့မဟုတ် W-2 အလုပ်သမား

သက်ရောက်စေသောနေ့စွဲ

⇐ **အကျိုးခံစားခွင့်ပြောင်းလဲမည့်နေ့**

ဤလုပ်ဆောင်ချက်သည်သင့် MA သို့မဟုတ် Food Share အကျိုး ခံစားခွင့်အပေါ်တွင်သက်ရောက်မှုရှိခြင်း နှင့် သင်၏တောင်းဆိုချက်သည် အကျိုးသက်ရောက်မှုနေ့စွဲမတိုင်မီရရှိ ပါက၊ သင်၏အကျိုးခံစားခွင့်ကိစ္စရပ် အများစုအား ရပ်စဲခြင်း သို့မဟုတ် လျော့ချခြင်းမျိုးပြုလုပ်မည်မဟုတ်ပါ။ (အကျိုးခံစားခွင့်ထက်ကျော်လွန်သော လုပ်ခလစာများကို ကောင်တီ ကိုယ်စား လှယ်လုပ်ငန်းမှပေးချေသွားမည်ဖြစ်ပါသည်။) သင်၏အကျိုးခံစားခွင့်များကို ဆက်လက်ခံစားလိုပါသလား။ ☐ လို။ ☐ မလို ။

✔ **<u>အကျိုးခံစားခွင့်အမျိုးအစားနှင့် အသနားခံမည့်ကိစ္စတို့ကိုကြည့်ရှုစစ်ဆေးပါ။</u>**

	လျှောက်လွှာအားငြင်းပယ်ခြင်း	လျှောက်လွှာလုပ်ငန်းစဉ်နှေးကွေးခြင်း	အဆုံးသတ်ခြင်း (အကျိုးခံစားခွင့်အဆုံးသတ်ခြင်း)	များပြားသောလုပ်ခလစာ	အကျိုးခံစားခွင့်ပမာဏအားလျော့ချခြင်း
☐ ဆေးဝါးကုသမှုနှင့်ဆိုင်သောအထောက်အပံ့	☐	☐	☐	☐	☐
☐ ကုသစောင့်ရှောက်မှုခံယူသည်အဆင့် (ဘိုးဘွားရိပ်သာ)					
☐ အဓိကလုပ်ပိုင်ခွင့် (မည်သည့်အရာကိုပိတ်ပင်ထားသနည်း။ _____)					
☐ SSI-MA (အပိုဆောင်းငွေသားအကျိုးခံစားခွင့်အခြေအနေများ)					
☐ အစားအသောက်ဝေစု	☐	☐	☐	☐	☐
☐ လက်ခံရရှိခြင်းမရှိပါ					
☐ ငြင်းပယ်သည် "ဝန်ဆောင်မှုလုပ်ငန်းတွင်ကျယ်ခြင်း"					
☐ ရွှေ့ပြောင်းနေထိုင်သူအိမ်ထောင်စု	☐	☐	☐	☐	☐
☐ စွမ်းအင်အထောက်အပံ့	☐	☐	☐	☐	☐
☐ ကလေးမွေးစားသည့်အိမ်နှင့်ပတ်သက်၍ (ထိုသို့ပြုလုပ်ပေးသော ကိုယ်စား လှယ်လုပ်ငန်း၏အမည်– _____)					
☐ လိုင်စင်အားပိတ်ပင်ခြင်း					
☐ လိုင်စင်အားပြန်လည်ရုပ်သိမ်းခြင်း					
☐ ကလေးအားပြောင်းရွှေ့ခြင်း					
☐ အစောင့်၏ဖြည့်စွက်ချက်	☐	☐	☐	☐	☐
☐ KINSHIP CARE	☐	☐	☐	☐	☐
☐ AFDC- ယခင်အကျိုးခံစားခွင့်များပြန်လည်ရရှိခြင်း	☐	☐	☐	☐	☐
☐ ကလေးသူငယ်အားကြည့်ရှုစောင့်ရှောက်ခြင်း	☐	☐	☐	☐	☐
☐ W-2 အချက်အလက်ရှာဖွေခြင်းဆုံးဖြတ်ချက်အားပြန်လည်သုံးသပ်ခြင်း (အချက်အလက်ရှာဖွေခြင်းပြန်လည်သုံးသပ်မှုအပြင် W-2 အေဂျင်စီမှ၎င်း အားမေတ္တာရပ်ခံခြင်းမပြုမီရှိရမည်ဖြစ်သည်။ ဤချက်အလက်ရှာဖွေခြင်းဆုံးဖြတ်ချက် မိတ္တူအပြည့်အစုံနှင့်တကွပူးတွဲပါရှိရမည်ဖြစ်သည်။)					

အဘယ့်ကြောင့် ကြားနာရန်လျှောက်ထားရသနည်း။ (အကယ်၍ လိုအပ်ပါက စာမျက်နှာတစ်ဖက်သို့ဆက်ပါ။)

ထိုးမြဲလက်မှတ် (အုပ်ထိန်းသူ၊ POA အစရှိသည်ဖြင့်သတ်မှတ်ပါ။)	နေ့စွဲ

* တောင်းဆိုမှုအချက်အလက်သည်သင်၏အမှုကိစ္စနှင့် တောင်းဆိုမှုဖြစ်စဉ် ကိုခွဲခြားသတ် မှတ်ပေးရန်လိုအပ်သည်။ မပြည့်စုံသော သို့မဟုတ် တိကျသေချာမှုမရှိသော အချက်အ လက်များသည် သင်၏တောင်းဆိုမှု အစီအစဉ်အား နှောင့်နှေးကြန့်ကြာစေမည်ဖြစ်သည်။

ပုံစံအပြည့်အစုံကို– **DIVISION OF HEARINGS AND APPEALS, P.O. BOX 7875, MADISON, WI 53707-7875**သို့ပေးပို့ပါ။