

طلب عقد جلسة إنصاف

REQUEST FOR FAIR HEARING

رقم الضمان الاجتماعي*	رقم الهاتف	الاسم	
رقم CARES*	العنوان البريدي (الشارع، ورقم الشقة، وأر أف دي-بريد الأرياف المجاني، إلخ)		
مسؤول الملف أو مسؤول W-2	المقاطعة أو الوكالة	الرمز البريدي	المدينة

تاريخ سريان الإجراء المضاد

سوف تتغير المخصصات الخاصة بك بتاريخ <

إذا كان للإجراء المتخذ تأثير على MA أو مخصصات FoodShare التي تحصل عليها، وتم استلام طلبك قبل تاريخ السريان، لن يتم - في غالبية الحالات - وقف مخصصاتك أو تخفيضها. (يمكن استرداد المدفوعات الزائدة من قبل وكالة المقاطعة). هل ترغب في استمرار مخصصاتك؟
 نعم لا

ضع علامة (✓) على نوع المخصصات والإجراء المتخذ الذي تعترض عليه

مبلغ المخصصات	مدفوعات زائدة	الإنهاء (إنهاء المخصصات)	تأخر عملية الطلب	رفض الطلب	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	MEDICAL ASSISTANCE <input type="checkbox"/>
					مستوى الرعاية (Nursing Home) <input type="checkbox"/>
					تحويل مسبق (ما الذي تم رفضه؟) _____ <input type="checkbox"/>
					SSI-MA (المخصصات النقدية التكميلية من الولاية) <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	FOODSHARE <input type="checkbox"/>
					لم يتم الحصول عليها. <input type="checkbox"/>
					"خدمة مُعجَّلة" مرفوضة. <input type="checkbox"/>
					أسرة مهاجرة. <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	معونة الطاقة. <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	متعلق بملجأ للأيتام (اسم الوكالة التي اتخذت الإجراء: _____) <input type="checkbox"/>
					رفض الترخيص. <input type="checkbox"/>
					إلغاء الترخيص. <input type="checkbox"/>
					نقل الطفل. <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	CARETAKER SUPPLEMENT <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	KINSHIP CARE <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	استرداد مخصصات AFDC السابقة <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	رعاية الطفل <input type="checkbox"/>

W-2 - مراجعة قرار تقصي الحقائق (ينبغي أن تكون هناك مراجعة لتقصي الحقائق مع وكالة المعونة قبل طلب هذا. يتعين تضمين نسخة كاملة من قرار تقصي الحقائق)

لماذا تطلب عقد جلسة إنصاف؟ (تابع في الجهة الأخرى إذا لزم الأمر)

التاريخ:

التوقيع (حدّد إذا كنت وصياً، أو بموجب توكيل، إلخ)

* المعلومات المطلوبة تلزم لتحديد حالتك وتناول طلبك. فمن شأن المعلومات غير الكاملة أو غير الدقيقة تأخير التعامل مع طلبك.

قم بإعادة هذا النموذج مكتملاً إلى: **DIVISION OF HEARINGS AND APPEALS, P.O. BOX 7875, MADISON, WI 53707-7875**