

公平听审申请 REQUEST FOR A FAIR HEARING

| | | | |
|------------------------|------|------|---------------------|
| 姓名 | | 电话号码 | *SOCIAL SECURITY 号码 |
| 邮寄地址(街名, 公寓号码, RFD, 等) | | | * CARES 号码 |
| 城市 | 邮政编码 | 县或机构 | 办案员或 W-2 工作人员 |

不利决策生效时间

← 您的福利将改变的日期

如果决策影响您的 MA 或 FoodShare 福利，并且您的申请在生效前已被收到，多数情况下，您的福利不会终止或减少。
(福利的超额偿付部分可能将被县机构追回。) 您是否希望继续获得您的福利？

是 否

✓ 勾选您申诉的福利或决策的类型

| | 申请被拒 | 申请过程延期 | 终止 (福利终止) | 超额支付 | 福利金额减少 |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> 医疗救助 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> 护理级别 (疗养院) | | | | | |
| <input type="checkbox"/> 预先批准 (什么被拒了? _____) | | | | | |
| <input type="checkbox"/> SSI-MA (State Supplement Cash 福利) | | | | | |
| | | | | | |
| <input type="checkbox"/> FOODSHARE | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> 未收到 | | | | | |
| <input type="checkbox"/> ‘加快服务’被拒 | | | | | |
| <input type="checkbox"/> 外来家庭 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | | | | | |
| <input type="checkbox"/> 能源救助 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | | | | | |
| <input type="checkbox"/> 与寄养家庭相关 (采取决策的机构名称: _____) | | | | | |
| <input type="checkbox"/> 许可证申请被拒 | | | | | |
| <input type="checkbox"/> 许可证被吊销 | | | | | |
| <input type="checkbox"/> 失去儿童监护权 | | | | | |
| | | | | | |
| <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"/> AFDC-恢复过去的福利 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> CHILD CARE | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> W-2 – Fact-Finding Decision Review (申请前必须与 W-2 机构做 fact-finding review。必须附上完整的 fact-finding decision 副本。) | | | | | |

您为什么申请听审？(如空间不够可写在背面)

| | |
|--------------------|----|
| 签名 (若是监护人、委托人等请注明) | 日期 |
|--------------------|----|

*要求填写的信息为确认证您的案宗与处理您的申请所必需的信息。不完整或不准确的信息都将导致您的申请处理的延期。

将填写完整的表格交至： **DIVISION OF HEARINGS AND APPEALS, P.O. BOX 7875, MADISON, WI 53707-7875**