

## ANTRAG AUF FAIRE ANHÖRUNG

### REQUEST FOR FAIR HEARING

NAME	TELEFONNUMMER	*SOZIALVERSICHERUNGSNR.
ANSCHRIFT (Straße, Hausnr., Wohnungsnr. usw.)		*CARES-NR.
ORT	PLZ	LANDKREIS ODER BEHÖRDE
SACHBEARBEITER ODER W-2-MITARBEITER		

WIRKSAMKEITSDATUM DER NACHTEILIGEN MASSNAHME
--

⇐ **DATUM, AN DEM SICH IHRE UNTERSTÜTZUNGSLEISTUNGEN ÄNDERN WERDEN**

**Wenn die Maßnahme Ihre medizinische oder FoodShare-Unterstützung betrifft und Ihr Antrag vor dem Wirksamkeitsdatum eingeht, werden Ihre Leistungen in den meisten Fällen nicht eingestellt oder gekürzt. (Überzahlung von Leistungen können von der Kreisbehörde zurückgefordert werden.) Möchten Sie, dass Ihnen die Leistungen weiter gewährt werden?**

JA       NEIN

**✓ KREUZEN SIE BITTE DIE ART DER LEISTUNG AN UND GEGEN WELCHE MASSNAHME SIE BESCHWERDE EINLEGEN**

	ANTRAG ABGELEHNT	ANTRAGS- BEARBEITUNG VERZÖGERT	BEENDIGUNG (LEISTUNGEN EINGESTELLT)	ÜBER- ZAHLUNG	LEISTUNG EN GEKÜRZT
<input type="checkbox"/> MEDIZINISCHE UNTERSTÜTZUNG . . . . .	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> PFLEGENIVEAU (Pflegeheim)					
<input type="checkbox"/> VORHERIGE GENEHMIGUNG (Was wurde abgelehnt? _____)					
<input type="checkbox"/> SSI-MA (zusätzliche Geldleistungen des Bundesstaates)					
<input type="checkbox"/> FOODSHARE . . . . .	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> NICHT ERHALTEN					
<input type="checkbox"/> „BESCHLEUNIGTE BEARBEITUNG“ ABGELEHNT					
<input type="checkbox"/> MIGRANTENHAUSHALT . . . . .	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> ENERGIEKOSTENHILFE . . . . .	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> IN BEZUG AUF PFLEGEFAMILIEN (Name der Behörde, die die Maßnahme getroffen hat: _____)					
<input type="checkbox"/> LIZENZ ABGELEHNT					
<input type="checkbox"/> LIZENZ ENTZOGEN					
<input type="checkbox"/> WEGNAHME EINES KINDES					
<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"/> Rückforderung bezahlter Leistungen durch AFDC . . . . .	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> KINDERGELD . . . . .	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> W-2 – Überprüfung der Entscheidung zum Sachverhalt (Erfordert Überprüfung des Sachverhalts mit der W-2-Behörde, bevor dies beantragt werden kann. Vollständiges Exemplar der Entscheidung zum Sachverhalt ist beizulegen.)					

Warum beantragen Sie eine Anhörung? (Rückseite verwenden, falls erforderlich)

Unterschrift (angeben, ob Vormund, Bevollmächtigter usw.)	Datum
---	-------

\*DIE ANGEFORDERTEN INFORMATIONEN SIND ZUR IDENTIFIZIERUNG IHRES FALLS UND ZUR BEARBEITUNG IHRES ANTRAGS ERFORDERLICH. UNVOLLSTÄNDIGE ODER FALSCHER INFORMATIONEN VERZÖGERN DIE BEARBEITUNG IHRES ANTRAGS.

Ausgefülltes Formular zurücksenden an: **DIVISION OF HEARINGS AND APPEALS, P.O. BOX 7875, MADISON, WI 53707-7875**