

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
<input type="checkbox"/> MEDICAL ASSISTANCE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> LEVEL OF CARE (Nursing Home)					
<input type="checkbox"/> PRIOR AUTHORIZATION (What was denied? _____)					
<input type="checkbox"/> SSI-MA (State Supplement Cash Benefits)					
<input type="checkbox"/> FOODSHARE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> NOT RECEIVED					
<input type="checkbox"/> DENIED 'EXPEDITED SERVICE'					
<input type="checkbox"/> MIGRANT HOUSEHOLD	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> ENERGY ASSISTANCE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> FOSTER HOME RELATED (Name of Agency who took the Action: _____)					
<input type="checkbox"/> LICENSE DENIAL					
<input type="checkbox"/> LICENSE REVOCATION					
<input type="checkbox"/> REMOVAL OF CHILD					
<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-Recovery of Past Benefits	<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 (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.**

ຄໍາຮ້ອງຂໍການໄຕ່ສວນຍຸຕິທໍາ

ຊື່	ເບີໂທລະສັບ	*ລະຫັດປະກັນສັງຄົມ
ທີ່ຢູ່ທາງໄປສະນີ (ຖະໜົນ, ອາພັດເມັນ #, RFD, ອື່ນໆ)		*CARES NO. (ລະຫັດການດູແລ.)
ເມືອງ	ລະຫັດເຂດໄປສະນີ	ເຂດປົກຄອງ ຫຼື ໜ່ວຍງານ
		ເຈົ້າໜ້າທີ່ກໍລະນີ ຫຼື ເຈົ້າໜ້າທີ່ W-2

ວັນທີມີຜົນນໍາໃຊ້ຂອງການດໍາເນີນການທີ່ມີຜົນບໍ່ດີ

◀ ວັນທີທີ່ການຊ່ວຍເຫຼືອຂອງທ່ານຈະປ່ຽນແປງ

ຖ້າການດໍາເນີນການມີຜົນກະທົບຕໍ່ກັບການຊ່ວຍເຫຼືອ MA ຫຼື FoodShare ຂອງທ່ານ ແລະການຮ້ອງຂໍຂອງທ່ານໄດ້ຮັບກ່ອນວັນທີມີຜົນນໍາໃຊ້, ການຊ່ວຍເຫຼືອຂອງທ່ານໃນເກືອບທຸກກໍລະນີ, ຈະບໍ່ຖືກຢຸດ ຫຼື ຖືກຕັດລົງ. (ເງິນຊ່ວຍເຫຼືອທີ່ຈ່າຍເກີນອາດຈະຖືກຫັກເອົາຄືນໂດຍໜ່ວຍງານຂອງເຂດປົກຄອງ.) ທ່ານຕ້ອງການໃຫ້ການຊ່ວຍເຫຼືອຂອງທ່ານສືບຕໍ່ແມ່ນບໍ່? ແມ່ນ ບໍ່

✓ ໝາຍເອົາປະເພດການຊ່ວຍເຫຼືອ ແລະ ການດໍາເນີນການທີ່ທ່ານກໍາລັງອຸທອນ

- | | ຄໍາຮ້ອງສະໝັກຖືກ
ປະຕິເສດ | ຂະບວນການຂອງ
ຄໍາຮ້ອງຖືກຊັກຊ້າ | ສິ້ນສຸດ (ການຊ່ວຍ
ເຫຼືອສິ້ນສຸດ) | ການຈ່າຍເກີນ | ເງິນຊ່ວຍເຫຼືອ
ຖືກຕັດລົງ |
|---|----------------------------|---------------------------------|-----------------------------------|--------------------------|----------------------------|
| <input type="checkbox"/> ການຊ່ວຍເຫຼືອທາງການແພດ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> ລະດັບການດູແລ (ສະຖານພະຍາບານ) | | | | | |
| <input type="checkbox"/> ການອະນຸຍາດກ່ອນ (ແມ່ນຫຍັງທີ່ຖືກປະຕິເສດ? _____) | | | | | |
| <input type="checkbox"/> SSI-MA (ການຊ່ວຍເຫຼືອເປັນເງິນສົດເພີ່ມເຕີມຂອງລັດ) | | | | | |
| <input type="checkbox"/> FOODSHARE | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> ບໍ່ໄດ້ຮັບ | | | | | |
| <input type="checkbox"/> 'ການບໍລິການເລັ່ງລັດ' ຖືກປະຕິເສດ | | | | | |
| <input type="checkbox"/> ຄົວເຮືອນຊາວອົບພະຍົບ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> ການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານພະລັງງານ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> ສະຖານລ້ຽງດູເດັກກໍາພ້າທີ່ກ່ຽວຂ້ອງ (ຊື່ຂອງອົງການຜູ້ດໍາເນີນການ: _____) | | | | | |
| <input type="checkbox"/> ການປະຕິເສດໃບອະນຸຍາດ | | | | | |
| <input type="checkbox"/> ການຖອນຄືນໃບອະນຸຍາດ | | | | | |
| <input type="checkbox"/> ການຍ້າຍເດັກອອກ | | | | | |
| <input type="checkbox"/> ເງິນຈ່າຍເພີ່ມໃຫ້ຜູ້ດູແລເດັກ | <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"/> ການຟື້ນຄືນເງິນຊ່ວຍເຫຼືອຜ່ານມາຂອງ AFDC | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> ການດູແລເດັກ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> W-2 – ການທົບທວນຄືນການຕັດສິນການຄົ້ນພົບຂໍ້ເທັດຈິງ (ຕ້ອງມີການທົບທວນການຄົ້ນພົບຂໍ້ເທັດຈິງຮ່ວມກັບໜ່ວຍງານ W-2 ກ່ອນຮ້ອງຂໍສິ່ງນີ້. ຕ້ອງໄດ້ລວມເອົາສໍາເນົາທີ່ສົມບູນຂອງການຕັດສິນການຄົ້ນພົບຂໍ້ເທັດຈິງ.) | | | | | |

ເປັນຫຍັງທ່ານຈຶ່ງຮ້ອງຂໍການໄຕ່ສວນ? (ສືບຕໍ່ໃນໜ້າອື່ນຖ້າຈໍາເປັນ)

ລາຍເຊັນ (ບອກແຈ້ງຖ້າແມ່ນຜູ້ປົກຄອງ, POA, ອື່ນໆ)	ວັນທີ
---	-------

*ຂໍ້ມູນທີ່ຮ້ອງຂໍເອົາແມ່ນຈໍາເປັນເພື່ອກໍານົດກໍລະນີຂອງທ່ານ ແລະ ດໍາເນີນການກັບຄໍາຮ້ອງຂໍຂອງທ່ານ. ຂໍ້ມູນທີ່ບໍ່ຄົບຖ້ວນ ຫຼື ບໍ່ຖືກຕ້ອງຈະເຮັດໃຫ້ເກີດການຊັກຊ້າຕໍ່ກັບການດໍາເນີນການກັບຄໍາຮ້ອງຂອງທ່ານ.

ສົ່ງຄືນແບບຟອມທີ່ເຮັດສໍາເລັດນີ້ຫາ: DIVISION OF HEARINGS AND APPEALS, P.O. BOX 7875, MADISON, WI 53707-7875