

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.**

ЗАПРОС НА ОБЪЕКТИВНОЕ РАЗБИРАТЕЛЬСТВО

ИМЯ	ТЕЛЕФОННЫЙ НОМЕР	* НОМЕР СОЦИАЛЬНОГО СТРАХОВАНИЯ
ПОЧТОВЫЙ АДРЕС (улица, № дома, А/Я и т. д.)		* НОМЕР CARES
ГОРОД	ИНДЕКС	ОКРУГ ИЛИ АГЕНТСТВО
СОЦИАЛЬНЫЙ РАБОТНИК ИЛИ РАБОТНИК W-2		

ДАТА ВСТУПЛЕНИЯ ВЗЫСКАНИЯ В СИЛУ

← ДАТА ИЗМЕНЕНИЯ ПОСОБИЙ

Если это взыскание влияет на ваши пособия по материнству или на питание (FoodShare) и ваш запрос получен до даты вступления взыскания в силу, ваши пособия, в большинстве случаев, не будут отменены или уменьшены. (Переплата по пособиям может быть возвращена окружным агентством.) Вы хотите продолжать получать пособия?
 ДА НЕТ

✓ ОТМЕТЬТЕ ТИП ПОСОБИЯ И ВЗЫСКАНИЕ, КОТОРОЕ ВЫ ПЫТАЕТЕСЬ ОБЖАЛОВАТЬ

	ОБРАБОТКА ЗАЯВКИ ОТЛОЖЕНА	ОБРАБОТКА ЗАЯВКИ ОТЛОЖЕНА	ПРЕКРАЩЕНА ВЫПЛАТА (ОКОНЧАНИЕ СРОКА ПРЕДОСТАВЛЕН ИЯ ПОСОБИЙ)	ПЕРЕПЛАТА	ОБЪЕМ ПОСОБИЯ СНИЖЕН
<input type="checkbox"/> МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> УРОВЕНЬ ОКАЗАНИЯ ПОМОЩИ (ДОМ ПРЕСТАРЕЛЫХ)					
<input type="checkbox"/> ПРЕДЫДУЩЕЕ ПОСТАНОВЛЕНИЕ (в чем было отказано? _____)					
<input type="checkbox"/> SSI-MA (дополнительные денежные пособия штата)					
<input type="checkbox"/> FOODSHARE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> НЕ ПРЕДОСТАВЛЯЕТСЯ					
<input type="checkbox"/> ОТКЛОНЕННОЕ «УСКОРЕННОЕ ОБСЛУЖИВАНИЕ»					
<input type="checkbox"/> СЕМЬЯ МИГРАНТОВ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> ПОСОБИЕ ПО ЭЛЕКТРОЭНЕРГИИ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> ИНТЕРНАТ (название агентства, предпринявшего действие: _____)					
<input type="checkbox"/> ОТКАЗ В ЛИЦЕНЗИИ					
<input type="checkbox"/> ОТЗЫВ ЛИЦЕНЗИИ					
<input type="checkbox"/> ИЗЪЯТИЕ РЕБЕНКА ИЗ СЕМЬИ					
<input type="checkbox"/> НАДБАВКА ОПЕКУНА	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> KINSHIP CARE (ЗАБОТА О РОДСТВЕННИКАХ)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> ФИНАНСОВАЯ ПОМОЩЬ СЕМЬЯМ С ДЕТЬМИ-ИЖДИВЕНЦАМИ — восстановление предыдущих пособий	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> ЗАБОТА О ДЕТЯХ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> W-2 — пересмотр решений после установки фактов (Для отправки запроса обязательно наличие пересмотра после установки фактов от агентства W-2. Необходимо включить полную копию решения после установки фактов.)					

Почему вы требуете проведения слушаний? (если необходимо, продолжите на обратной стороне)

Подпись (укажите, являетесь ли опекуном, доверенным лицом и т. д.)	Дата
--	------

* ЗАПРОШЕННАЯ ИНФОРМАЦИЯ НЕОБХОДИМА ДЛЯ ИДЕНТИФИКАЦИИ ВАШЕГО ОБРАЩЕНИЯ И ОБРАБОТКИ ЗАПРОСА. ПРЕДОСТАВЛЕНИЕ НЕПОЛНОЙ ИЛИ НЕТОЧНОЙ ИНФОРМАЦИИ ПРИВЕДЕТ К ЗАДЕРЖКЕ ОБРАБОТКИ ВАШЕГО ЗАПРОСА.