

ESTE DOCUMENTO ES PARA EL PROPOSITO DE TRASLADAR EN ESPANOL SOLAMENTE. NO ES FORMULARIO OFICIAL DEL ESTADO DE NUEVA YORK Y NO DEBE DE SER USADO PARA PEDIR VISTA IMPARCIAL. THIS FORM IS FOR TRANSLATION PURPOSES ONLY. IT IS NOT AN OFFICIAL NY STATE FORM, AND SHOULD NOT BE USED TO REQUEST A FAIR HEARING.

OFICINA DE ASISTENCIA TEMPORAL Y PARA INCAPACITADOS (OTDA)
 Sitio Web: www.otda.ny.gov/oah

OFICINA DE VISTAS ADMINISTRATIVAS
 FAX a: (518) 473-6735
 Teléfono: 1-800-342-3334

FORMA PARA UNA PETICIÓN PARA UNA VISTA IMPARCIAL – FAX O CORREO

P.O. BOX 1930
 ALBANY, NY 12201-1930

Por Favor, Escriba Información Claramente. Información Correcta y Completa Nos Permitirá Programar una Vista Imparcial Pronto.

NOMBRE DEL CASO: _____

(APELLIDO) (NOMBRE) (SEGUNDA INICIAL)
 DIRECCIÓN Residencial: _____ APT. #: _____

CIUDAD: _____ ESTADO: _____ CODIGO POSTAL: _____

TELÉFONO: () _____ FECHA DE NACIMIENTO: _____ SS#: _____
 CÓDIGO DE ÁREA # DE TELÉFONO

MASCULINO FEMENINA CASO #: _____ CIN #: _____ AGENCIA/CENTRO LOCAL #: _____

¿INTÉRPRETE NECESSARIO? SÍ NO IDIOMA: _____

¿Está el/la apelante confinado a su casa? Sí No Si sí, provee documentación médica. No espere por la forma médica para pedir esta vista. Un número de teléfono para un representante o solicitante es necesario si usted no tiene un teléfono:

Representante Solicitante NOMBRE: _____

DIRECCIÓN: _____

CIUDAD: _____ ESTADO: _____ CÓDIGO POSTAL: _____ TELÉFONO: () _____
 CÓDIGO DE ÁREA # DE TELÉFONO

¿APELANTE RECIBIÓ UNA NOTIFICACION DEL DEPARTAMENTO LOCAL DE SERVICIOS SOCIALES? SÍ NO
 (**** POR FAVOR ADJUNTE UNA COPIA DE LA NOTIFICACIÓN CON ESTA FORMA ****)

Si Sí: Fecha de la Notificación: _____ Fecha Efectiva: _____ # de Notificación: _____ RTI #: _____

RESTRICCIONES Ponga un X en los días o horas cuando usted no puede asistir a la vista	ACCIÓN DE LA AGENCIA LOCAL	CATEGORÍA DE ASISTENCIA (definiciones debajo de la caja)							(indique qué tipo)
		FA	SNA	MA	SNAP	HEAP	PCS*	OTRO	
L M M J V	Discontinuación	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
AM _____	Reducción	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
PM _____	Negación	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
(Es necesario proveer una explicación)	Insuficiencia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
* Si Servicios de Cuido Personal: Provea # de CASA _____/Agencia _____ y indique tipo de servicios: _____									

FA=Asistencia de Familias (anteriormente ADC) SNA=Asistencia para Solteros, o "Safety Net" (anteriormente HR) MA=Medicaid
 SNAP= Programa de Asistencia de Nutrición Suplemental (anteriormente Cupones de Alimento) HEAP=Programa de Asistencia Energetica
 PCS=Servicios de Cuido Personal

Razón por pedir una vista imparcial (indique períodos de tiempo): _____

Información necesaria para vistas de hogares de acogida (foster care): Nombre de niño, fecha de nacimiento del niño, número del caso del niño, nombre de la agencia. Es necesario indicar el período de tiempo para que usted reciba compensación para su hogar de acogida.

Revisado 8/29/12

FECHA DE HOY _____