

你的聽證權利

假如你不同意任何郡政府所採取的行動的話, 你有權請求聽證. 你只有90天的時間請求聽證. 90天開始於郡政府發給你或寄給你通知後的那一天.

州聽證: 假如你認為此行動是錯誤的話, 你可以請求聽證. 如果你在這行動採取之前請求聽證, 你的福利保持不變.

要求聽證: 假如你認為此行動是錯誤的話, 你可以請求郡政府一個非正式的聽證, 或者一個正式的州政府聽證會. 如果你在這行動發生採取之前請求聽證你的福利保持不變, .

若請求一個非正式聽證會, 你的請求不可遲過這通知信寄給你之後的30個日曆天. 你可以下面任何一種形式寄回你的請求.

書面請求: 電子郵件:

電話請求:
地址

你的請求應說明你需要非正式的聽證會的理由, 和你是否需要一個免費的翻譯員. 如果是的話, 請說明你說何種語言和方言.

你可以在正式的州政府聽證會上訴你非正式聽證會的決定. 你可以在非正式聽證會的決定寄給你後90個工作天之內請求正式聽證會. 但假如請求了非正式聽證會而又沒有舉行的話, 那90個工作天會在此通知日期後的31個日曆天後開始.

請注意, 假如你選擇了正式的聽證會, 你必須在收到此通知後90個日曆天之內申請.

如你有任何疑問, 請聯絡在此表格上方的工作人員.

TDD - 失聰人士電話

若要請求聽證:

- 填寫這一頁.
- 複印一份本頁的正反面留作你的記錄. 假如你索取的話, 你的工作員會給你一份本頁的副本.
- 請把這一頁寄至或送至:

或者

- 打免費電話: **1-800-952-5253** 或者使用TDD 的失聰或言話有障礙人士, 打 **1-800-952-8349**.

要取得幫助, 你可以打上面所列的州政府免費電話詢問你的聽證權利或者尋求法律諮詢的推薦. 你可以在你當地的法律諮詢所或福利權利所取得免費的法律幫助.

假如你不願意單獨去聽證, 你可以帶同朋友或任何人士前往.

聽證要求

我因為_____ 郡福利所採取有關下列計劃的行動而要求聽證:

超額付款 _____

理由在於: _____

假如你需要更多篇幅的話, 請在此作記號並加另外紙張.

我需要州政府提供一位不需要我付費的翻譯員. (你的親友或朋友在聽證會不能為你翻譯.)

我的語言或方言是: _____

福利被拒絕, 改變或停止的人姓名

出生日期	電話號碼
------	------

街道地址

城市	州	郵遞區號
----	---	------

簽名	日期
----	----

填寫此表格的人姓名	電話號碼
-----------	------

我要求下面提名人士在聽證時代表我. 我准許這位人士查看我的記錄或替我去聽證. (這人可以是朋友或親友, 但不能為你作翻譯)

姓名	電話號碼
----	------

街道地址

城市	州	郵遞區號
----	---	------