

州公平听证会申请表

姓名 _____

电话 _____

街道地址 _____

城市 _____ 状态 _____ 邮政编码 _____

由于多用途高级服务项目 (MSSP) 的行动, 本人要求举行州公平听证会, 涉及以下内容:

- 中止
- 拒绝
- 减少

本人请求的理由是:

特别住宿要求

(仅在适用于您的情况下填写本部分)

本人请求举行听证会:

通过电话, 因为:

本人在家。

本人在 _____ 距离 MSSP 或县社会服务办公室数小时车程的地方居住。

在本人家里, 因为:

本人说英语以外的语言, 需要口译员进行听证。(州政府将免费为您提供口译员。)

语言: _____ 方言: _____

您在本表格上提供的信息是处理您的听证会请求所必需的。如果您的请求不完整, 处理可能会延迟。

裁判长将建立案件档案。您有权检查构成文件的材料, 也可以通过联系公众询问和回应部门进行检查

。您提供的任何信息可能会与 MSSP 办公室和美国卫生与公共服务部共享。