



공정 청문 요청

본 양식 사용하여 공정 청문을 요청할 수 있습니다. 요청이 있는 경우, 소관 부서에서 청문 요청에 대해 안내해 드릴 것입니다. Supplemental Nutrition Assistance Program(보충영양지원프로그램, SNAP) 및 Medicaid 관련 요청은 담당 부서 직원에게 대면, 전화 또는 서면으로 요청할 수 있습니다. 그 밖의 모든 프로그램 관련 요청은 서면으로 이루어져야 합니다. SNAP 공정 청문 요청은 조치 발효일로부터 90일 이내에 이루어져야 합니다. 그 밖의 모든 프로그램 관련 공정 청문 요청은 통지일로부터 30일 이내에 이루어져야 합니다.

성명: _____ 케이스 번호: _____

우편 주소: _____

전화번호: _____

서명: _____ 날짜: _____

공정 청문을 원하는 프로그램에 표시:

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> SNAP | <input type="checkbox"/> Medicaid |
| <input type="checkbox"/> Adult Public Assistance(성인 공공부조) | <input type="checkbox"/> Interim Assistance(임시 지원) |
| <input type="checkbox"/> Alaska Temporary Assistance Program
(알래스카 임시 지원 프로그램) | <input type="checkbox"/> Senior Benefits(고령자 혜택) |
| <input type="checkbox"/> General Relief Assistance(일반 구호 지원) | <input type="checkbox"/> Heating Assistance(난방 지원) |
| <input type="checkbox"/> Chronic and Acute Medical Assistance(만성 및 급성 의료지원) | |

귀하의 케이스에 취해진 조치에 동의하지 않고 공정 청문을 요청하고자 하는 이유를 간략히 설명해 주십시오: _____

현재 현금 또는 Medicaid 혜택을 받고 있는 경우 - 귀하의 혜택이 축소 또는 중단되는 날짜 이전에 본 요청을 접수하는 경우, 대부분의 사례에서 귀하의 혜택은 공정 청문 결정이 내려질 때까지 동일하게 유지됩니다. *청문에서 귀하의 청구를 인용하지 않을 경우, 받으신 혜택은 상환해야 합니다.* 공정 청문 결정을 기다리는 동안 임시 지원 혜택을 받았지만 이 혜택을 상실한 경우, 수령하신 혜택 개월 수가 제한 기한에 포함될 수 있습니다.

현재 SNAP 혜택을 받고 있는 경우 - 귀하의 혜택이 축소 또는 중단되는 날짜 이전에 본 요청을 접수하는 경우, 대부분의 사례에서 귀하의 혜택은 공정 청문 결정이 내려질 때까지 또는 귀하의 SNAP 인증 기간이 종료되는 시점 둘 중 먼저 도래하는 날짜까지 동일하게 유지됩니다. *청문에서 귀하의 청구를 인용하지 않을 경우, 받으신 혜택은 상환해야 합니다.*

공정 청문 결정을 기다리는 동안 혜택을 받고 싶지 않은 경우 - 이 확인란 선택:

해당 기간 동안 혜택을 받지 않고 공정 청문에서 귀하의 청구가 인용될 경우, 소관 부서는 귀하에게 미지급된 모든 혜택을 지불할 것입니다. 조치 발효일 이전에 공정 청문을 요청하지 않으실 경우, 귀하는 이의를 제기하실 수 있지만 혜택은 지속되지 않습니다. 청문을 기다리는 동안 항상 혜택을 다시 신청해 주시기 바랍니다.

청문에서 당사자는 직접 본인을 대변하거나 법적 대리인이 대변할 수 있습니다. 당사자는 (907) 272-9431 또는 1-888-478-2572로 알래스카 법률 서비스 공사(Alaska Legal Services Corporation)에 문의하여 무료 법률 자문 및 대리를 받을 수 있습니다.