



## ХОДАТАЙСТВО О ПРОВЕДЕНИИ БЕСПРИСТРАСТНОГО СЛУШАНИЯ

Этот бланк предназначен для запроса беспристрастного слушания. Если вам потребуется помощь с подачей ходатайства, обратитесь к сотруднику отдела. Ходатайство по программе льготной покупки продуктов (SNAP) и Medicaid можно направить любому сотруднику отдела лично, по телефону или в письменной форме. Ходатайства касательно всех других программ необходимо выполнять в письменной форме. Запросы на беспристрастное слушание по программе SNAP следует подавать в течение 90 дней с даты вступления меры в силу. Ходатайства на проведение беспристрастного слушания по всем другим программам следует подавать в течение 30 дней с даты уведомления.

Имя: \_\_\_\_\_ Номер дела: \_\_\_\_\_

Почтовый адрес: \_\_\_\_\_

Номер(-а) телефона: \_\_\_\_\_

Подпись: \_\_\_\_\_ Дата: \_\_\_\_\_

**Отметьте программу(-ы), по которым вы ходатайствуете о беспристрастном слушании:**

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> SNAP  | <input type="checkbox"/> Medicaid                     |
| <input type="checkbox"/> Социальная помощь для взрослых                                    | <input type="checkbox"/> Помощь в переходный период   |
| <input type="checkbox"/> Программа временной помощи на Аляске                              | <input type="checkbox"/> Помощь пожилым людям         |
| <input type="checkbox"/> Программа общей помощи  | <input type="checkbox"/> Оплата расходов на отопление |
| <input type="checkbox"/> Медицинская помощь для хронических больных и в экстренных случаях |   |

Кратко опишите, почему вы не согласны с мерами, предпринятыми по вашему делу, и хотите потребовать беспристрастное слушание: \_\_\_\_\_

**Если вы сейчас получаете денежные выплаты или пособие по программе Medicaid** — Если мы получим это ходатайство до даты снижения размера пособия или остановки его выплаты, в большинстве случаев ваше пособие останется на том же уровне до вынесения решения по беспристрастному слушанию. *Если решение по слушанию будет вынесено не в вашу пользу, вы будете обязаны вернуть уплаченную сумму пособия.* Если вы получаете пособие по временной помощи во время ожидания решения беспристрастного слушания и проиграете, то месяцы, в течение которого вы получали пособие, могут засчитать в счет вашего временного лимита.

**Если вы сейчас получаете пособие по программе SNAP** — Если мы получим это ходатайство до даты снижения размера пособия или остановки его выплаты, в большинстве случаев ваше пособие останется на том же уровне до вынесения решения по беспристрастному слушанию **или** до момента завершения периода вашей сертификации по программе SNAP, в зависимости от того, что наступит раньше. *Если решение по слушанию будет вынесено не в вашу пользу, вы будете обязаны вернуть уплаченную сумму пособия.*



Alaska Department of Health  
Division of Public Assistance

**Если вы не хотите получать пособие, пока ждете решения беспристрастного слушания** – поставьте галочку в этой графе:

Если вы решите не получать пособие в течение этого периода и выиграете беспристрастное слушание, отдел выплатит вам всю причитающуюся сумму пособия. Если вы не запросите проведение беспристрастного слушания до даты вступления меры в силу, вы все равно можете подать апелляцию, но выплата пособия не будет продолжена. Вы можете всегда подать заявку на получение пособия повторно, пока ждете своего слушания.

*На слушании вы можете представлять себя сами или быть представленным законным представителем. Чтобы претендовать на бесплатную юридическую консультацию и представительство, свяжитесь с компанией Alaska Legal Services Corporation по телефону (907) 272-9431 или 1-888-478-2572.*