

## REQUEST FOR HEARING / ЗАПРОС НА СЛУШАНИЕ

Fill out this form **ONLY** if you disagree with a decision concerning your benefits. If you disagree with the action of the local department, you are entitled to discuss it with a supervisor. We will help you fill out this form or you can ask for a hearing by calling 1-800-332-6347.

Заполнить эту форму только в случае если вы не согласны с решением по поводу вашей помощи. Если вы не согласны с действиями местного отделения, вы можете обговорить ваши вопросы с начальником отдела. Мы поможем вам заполнить данную форму, вы так же можете затребовать слушания позвонив 1-800-332-6347.

**1. Tell us who you are.** Fill in the blanks in this box and complete boxes 2-4. Please print clearly. / **Расскажите нам кто вы.** Заполните необходимую информацию. Так же заполнить секции 2-4. Пожалуйста пишите разборчиво.

Name / Имя: \_\_\_\_\_ Date of Birth / Дата  
Рождения: \_\_\_\_\_

Address / Адрес: \_\_\_\_\_

City / Город: \_\_\_\_\_ State / Штат: \_\_\_\_\_ Zip Code / Индекс: \_\_\_\_\_

Phone Number / Телефон ( ) \_\_\_\_\_

Your local office name / Местный Офис: \_\_\_\_\_

Your Social Security Number / Номер Социал Секьюрити: \_\_\_\_\_

**2. Which programs do you want to appeal / Какие программы вы апеллируете?** (Check all that apply)

Medical Assistance (MA) / Медицинскую помощь

\_\_\_\_\_ Community MA / Коммунальную

\_\_\_\_\_ Long Term Care MA / Долгосрочную

Family Investment/Social Services Programs /

Программы социальной помощи

\_\_\_\_\_ Temporary Cash Assistance (TCA) /  
Временную

Your Representative's Name /

Имя представителя: \_\_\_\_\_

Address / Адрес: \_\_\_\_\_

Финансовую помощь

\_\_\_\_\_ Food Stamps (FS) / Фуд стэмпы

\_\_\_\_\_ Maryland Children's Health Program (MCHP)

Care) / Оплата Мэрилэндская программа по детскому здоровью

Parent or Guardian's Name / Имя родителя /

опекуна: \_\_\_\_\_

\_\_\_ I receive other benefits / Я получаю другую помощь

\_\_\_ I do not receive any other benefits /

получаю другую помощь

\_\_\_ Qualified Medical Beneficiary (QMB/SLMB) /

Возможен получить медицинскую помощь

\_\_\_ Other / Другое \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Purchase of Care (POC – Child  
ухода за

\_\_\_\_\_ Transitional Emergency Medical and  
Housing Assistance (ТЕМНА) / Переходная

Медицинская и Жилищная помощь

\_\_\_\_\_ Foster Care (FC) and/or Adoptions / Я не  
Усыновление и временное содержание

\_\_\_\_\_ Emergency Assistance (EA) / Экстренная  
помощь

\_\_\_\_\_ Public Assistance to Adults (PAA) /  
Государственная помощь взрослым

\_\_\_\_\_ Overpayment of TCA / Переплата ТСА  
\_\_\_\_\_ Overissuance of Food Stamps / Переплата Фуд Стэмпами  
\_\_\_\_\_ Other / Другое \_\_\_\_\_

**3. What are the reasons you want a hearing / По каким причинам вы запрашиваете слушание?**

- I was not allowed to apply / Мне не разрешили подать заявление.  
 The amount of assistance I receive is wrong / Сумма получимой мной помощи является неправильной.  
 My application was turned down / Моему заявлению было отказано.  
 My assistance has been incorrectly suspended, reduced, or terminated / Моя помощь была ошибочно оствановлена или уменьшена.  
 My application was not handled properly / С моим заявлением обратились не правильно.  
 I am not receiving the services that I need / Я не получаю необходимую мне помощь.  
 I do not agree that I should pay back assistance I received / Я должен вернуть выплаченную мне помощь.

**If you received a notice about this, what is the date on the notice / Если вы получили письмо по данной причине, каким числом датировано письмо?** \_\_\_\_\_

**Why do you want a hearing? Please tell us what happened / Почему вы требуете слушания? Опишите что произошло.** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**4. I understand if I ask for a hearing within 10 days from the date of the notice and I was receiving benefits, I can still get them while I wait for my hearing unless my benefits period ends. I may have to pay back the benefits if I lose my appeal. Я понимаю что в случае если я запрошу слушание в течение 10 дней от даты на письме, я могу продолжать получение помощи, если не кончится срок помощи. Я так же понимаю что если я проиграю апелляционный процесс то меня могут заставить выплатить назад полученную помощь**

Check here if you do **not** want benefits while you wait for your hearing / Поставьте здесь галочку если не хотите получать помощь пока ждёте апелляции.

\_\_\_\_\_  
Signature / Подпись

\_\_\_\_\_  
Date / Дата

**FOR AGENCY USE ONLY / ДЛЯ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ АГЕНСТВОМ**

Department: \_\_\_\_\_ Local Office: \_\_\_\_\_ Date Appeal Received: \_\_\_\_\_  
Case Name: \_\_\_\_\_ Case Number: \_\_\_\_\_  
Appeal based on notice sent: \_\_\_\_\_ Effective: \_\_\_\_\_ Conference held? Y \_\_\_\_\_ N \_\_\_\_\_  
Benefits pending? Y \_\_\_\_\_ N \_\_\_\_\_ Reason: \_\_\_\_\_  
Case record attached? Y \_\_\_\_\_ N \_\_\_\_\_ Reason: \_\_\_\_\_  
Worker: \_\_\_\_\_ Supervisor's Approval: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

**FOR APPEAL UNIT USE ONLY / ДЛЯ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ АППЕЛЯЦИОННОЙ СЕКЦИЕЙ**

Appeal Rep: \_\_\_\_\_

Date: \_\_\_\_\_

Category: \_\_\_\_\_

Transmitted by: \_\_\_\_\_