

如果您对本通知有任何疑问，请与我们联系...

您可以通过电话联系我们：

- 您可以通过1-877-395-8930致电全州客户服务中心。在费城，致电1-215-560-7226。
 - ▶ 该电话是免费的。电话开通时间：星期一至星期五，上午8时至下午5时之间。
- 或通过列于本通知CAO部分的联系人信息致电郡援助办公室（CAO）。

听证会之前您可以和我们交谈。

你会收到一封来自CAO的信，询问你是否想在公平听证会举行之前进行会谈。该会谈可以亲自参加或在电话中进行。听证会前的会谈称为预听证会议。该会谈不会延误或取代你的公平听证会。如果你拥有被认为可能会改变我们决定的信息，你可以在该会谈中告诉我们。如果你愿意，你可以找某个人替你发言。

你可以得到一份我们用以做决定的所有资料的复印件。

你可以要求获得在听证会上使用的所有文件的复印件。

你可以带任何人参加听证会。

你可以带可能拥有相关资料的证人。你可以自行发言，或委托某个更了解程序规则的人来替你发言。

如果你只会说另一种语言、失聪或有另外的残疾，你可以得到帮助。

你可以要求获得一位翻译以参加公平听证会，或要求获得其他备注于所附的公平听证表格上的帮助。该服务是免费的。你可以带一个朋友或亲戚到听证会上帮助你，但该部将提供官方翻译。

你的权利...

你有权利上诉。

这意味着，如果你认为我们犯了错误，你有权要求我们复核我们的决定。你可以要求法官在公平听证会上复核CAO的决定。

你有提出举行公平听证会的权利。

公平听证会是一个正式会议，会议上，你、CAO、法官都可以针对你的上诉进行发言。法官将根据法律和部门政策作出决定。你应为会议做好准备。如果你想提出任何证据，以证明你关于决定错误的观点，则应将证据一起带来。

你有权针对医疗援助提出上诉，并有权提出举行快速公平听证会。

当确定正常时限的上诉复审将危及你的生命健康或妨碍你获得、维持或恢复最大功能的能力时，将举行快速公平听证会。

你有权寻求免费法律援助。

如你需要免费法律援助，请至 _____

或致电 _____。

你的选择...

你可以通过以下方式要求举行公平听证会：

- 致电CAO要求举行公平听证会，并
- 将填妥的所附公平听证表格寄至或亲自交予CAO。

注：如果决定是关于营养补充援助计划（SNAP）的福利，你可不必完成公平听证表格，但是如果你完成了表格，我们将更容易跟进你的上诉。

你可以选择你想要的公平听证会类型：

- 在你选择的地方举行**电话听证会**。告诉我们应使用哪一个电话号码，比如你自己的电话号码，或者你朋友或亲戚的电话号码。如果你选择该类型听证会，确保我们可通过此号码联系到你。
 - ▶ 法官会打电话给你、你的证人、任何帮助你的人以及CAO。
- 在CAO处举行的**电话听证会**。你将到CAO处进行听证。
 - ▶ 法官将会打电话到办公室与你联系，并打电话给你的证人以及任何帮助你的人。
- 法官与你和你带到听证室来的人进行**面对面的听证**，并与CAO工作人员进行电话沟通。
 - ▶ 你的证人和任何帮助你的人都会和法官一起待在听证室。对CAO工作人员的沟通将以电话形式进行。
 - ▶ 你必须到指定的听证上诉局办公室进行面对面的听证会。听证地址将会根据你的居住地而定。
- 法官与你和你带到听证室来的人进行**面对面的听证**，CAO工作人员也会来到听证室。
 - ▶ 法官、你、CAO工作人员、证人以及任何帮助你的人都将在听证室会面。
 - ▶ 你必须到指定的听证上诉局办公室进行面对面的听证会。听证地址将会根据你的居住地而定。

当发生下列情形，你可以在等待公平听证会的同时继续获得你的福利：

1. 该信函告知你，你的福利将被终止或减少，**且**：
 - ▶ 该信函向你提供了一个请求上诉的时间，并在等待公平听证会判决的同时继续给予你福利，**且**
 - ▶ 你的上诉请求于该日之前被接收或被盖上邮戳，且你不放弃继续获得福利的权利；**或**
2. 该信函告知你，你的福利将被终止或减少，**且**：
 - ▶ 此种变化的根据来源于你以半年度报告形式所提交的资料，**且**
 - ▶ 你的上诉请求在该信函寄出之日起10日内被接收或被盖上邮戳，且你不放弃继续获得福利的权利。

法官将在你要求听证之日起90日内（对SNAP来说是60日内）向你发出判决。如果法官判决CAO作出的决定是正确的，你的福利将被改变或终止。你可能要偿还在等待听证时所获得的部分或全部福利。

在听证中...

在听证会上，你将会获得时间告诉法官你的观点。

某些人可以替你发言（如果你愿意的话），你的证人也可以发言。你可以向法官出示文件。

如果你不同意法官的判决，你可以再次上诉。

法官的判决书将告诉你如何上诉。

公平听证表

1. 姓名： _____ 记录识别号： _____
电话号码： _____ 地址： _____

2. 告诉我们你想对哪个计划提出上诉：

- 医疗援助 (MA)** ——你必须在 **mm/dd/yyyy 之前**将该表格寄送或交给CAO。
- MA (快速上诉)**：查看下方要求举行快速公平听证会的条件之一，并在你所勾画的下方方框的旁边划线处写出具体原因。当确定正常时限的上诉复审将危及你的下述利益，将举行快速公平听证会：
- 生命： _____ ,
- 健康： _____ , 或
- 获得、维持或恢复最大功能的能力： _____ 。

如果你有关于你紧急健康需求的医疗文件，请将它们提交给应你要求而举行的公平听证会。

- LIHEAP** – 你必须在 **mm/dd/yyyy 之前**将该表格寄送或交给CAO。
- 现金援助** – 你必须在 **mm/dd/yyyy 之前**将该表格寄送或交给CAO。
- SNAP** – 你必须在 **mm/dd/yyyy 之前**寄送、致电或将此表格交至CAO (针对申请SNAP的人)。
- SNAP** – 你必须在你福利变化当月的第一日起**90日内**寄送、致电或将此表格交至CAO (针对已获得SNAP的人)。
- 州补充支付 (SSP)** – 你必须在 **mm/dd/yyyy 之前**将该表格寄送或交给CAO。
- LTC** – 你必须在 **mm/dd/yyyy 之前**将该表格寄送或交给CAO。
- HCBS** – 你必须在 **mm/dd/yyyy 之前**将该表格寄送或交给CAO。
- 其他** – _____

3. 告诉我们你为什么不同意该判决 (如有必要，请写于纸张背面)：

4. 你希望在听证会做出判决之前，可继续获得数量不变的SNAP福利吗？

- 是 否

5. 选择你所希望举行听证的方式：

- 拨打你写在本表格中的电话号码进行沟通。**确保我们可以通过此电话号码与你联系。法官将致电于你、你的证人、任何帮助你的人以及CAO。
- 在CAO处进行电话沟通。**你将需要到CAO处进行听证。法官将致电在办公室的你以及任何帮助你的人。
- 法官与你和你带到听证室的人进行面对面沟通，并与CAO工作人员进行电话沟通。**你必须到指定的听证上诉局办公室进行面对面的听证会。听证地址将会根据你的居住地而定。
- 法官与你和你带到听证室的人以及CAO工作人员在听证室进行面对面沟通。**你必须到指定的听证上诉局办公室进行面对面的听证会。听证地址将会根据你的居住地而定。

你可以要求获得一位翻译以参加公平听证会，或因损伤或其他残疾而要求获得其他帮助。该服务是免费的。

6a. 你是否需要免费的翻译？你可以带一个朋友或亲戚到听证会上帮助你，但该部将提供官方翻译。

- 是 否 如果是，哪种语言： _____

6b. 如果您因听力受损或其他残疾而需要帮助，请告诉我们如何帮助您：

7. 签名： _____ 8. 日期： _____

9. 电话号码 (你希望联系的电话号码) _____

