

**提前通知**

**特此通知本办公室已采取行动：**

减少       中止       暂停  
您的以下福利项

--

福利	开始	变更前	变更后	福利	开始	类型
援助支票		\$	\$	社会服务		
食品券		\$	\$	医疗援助		
护理院护理						
<input type="checkbox"/> 您的护理级别已经改变。				<input type="checkbox"/> 其它（请说明）		
<input type="checkbox"/> 您的患者支付金额已更改。						

<b>我们计划根据以下事实和规定采取行动：</b>	条例	理由法典

**在确定您的福利数额时考虑了以下各项**

<input type="checkbox"/> 食品券				<input type="checkbox"/> 援助支票			
姓名		人数	每月总收入	姓名		人数	每月总收入
			\$				\$
			\$				\$
			\$				\$
姓名		人数	每月总收入	姓名		人数	每月总收入
			\$				\$
			\$				\$
			\$				\$
<b>每月总收入合计</b>				<b>每月总收入合计</b>			
\$				\$			
<b>每月看护费用总额</b>				<b>每月看护费用总额</b>			
\$				\$			
<b>医疗费用总额</b>				<b>医疗费用总额</b>			
\$				\$			
电话		供水/排污		<input type="checkbox"/> 医疗援助			
用电		垃圾/废物					
汽油		公用设施安装					
机油		其它					
<b>总的公用设施费用/公用设施标准*</b>			\$				
<b>租金/按揭</b>			\$	<b>每月总收入合计</b>			
<b>税款</b>			\$	\$			
<b>房屋保险成本</b>			\$	<b>每月净收入/半年净收入</b>			
<b>住房总成本</b>			\$	\$			
				<b>收入限额</b>			
				\$			

**备注:**

工作人员的签名		日期		电话号码
CO	记录编号	CAT	CTR DIG	DIST

**上诉和公平听证**

如果您不同意我们的决定，您有权提出上诉。有关您的上诉和公平听证权的完整说明，请参见背面。

如果您的口头听审请求是由郡援助办公室收到，或者您的书面请求的邮戳日期或接收日期不迟于  月  日，则在收到听证会决定之前您的援助将继续，除非该变更是因州或联邦法律规定而导致的。

如果您不希望您的食品券在听证会决定之前继续保持当前金额，请勾选此处。

**可在此寻求法律帮助**

如果您在上述日期之前没有要求举行听审会，我们将假设我们的事实是正确的，并且将采取所提议的行动。如果您不理解我们的决定或有任何疑问，请联系您的工作人员。



### 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：

- 请致电州客服中心或郡援助办公室（CAO）请求举行一场公平听证会，或者
- 登录网站<https://www.humanservices.state.pa.us/fhams>请求举行一场在线公平听证会，或者
- 将填妥的所附公平听证表格寄至或亲自交予CAO。

### 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) \_\_\_\_\_

