

**Запрос на получение формы беспристрастного слушания на уровне штата**

Имя \_\_\_\_\_ Телефон \_\_\_\_\_

Адрес улицы \_\_\_\_\_

Город \_\_\_\_\_ Штат \_\_\_\_\_ Почтовый индекс \_\_\_\_\_

Я прошу о проведении беспристрастного слушания на уровне штата в связи с действием Multipurpose Senior Services Program (MSSP), касающимся следующего:

Прекращение                       Отказ                                       Сокращение

Причина моего запроса:

---

**ЗАПРОС НА СПЕЦИАЛЬНОЕ РАЗМЕЩЕНИЕ**

(Заполняйте этот раздел, только если он относится к вам)

Прошу провести слушание:

По телефону, потому что:

- Я привязан(а) к дому.  
 Я живу больше чем \_\_\_\_\_ часов от MSSP или окружного  
офиса социальных служб.

В моем доме, потому что:

Я говорю на другом языке, кроме английского, и мне нужен переводчик для слушания. (Штат предоставит вам переводчика бесплатно.)

Язык: \_\_\_\_\_ Диалект: \_\_\_\_\_

Информация, которую вы предоставляете в этой форме, необходима для обработки вашего запроса о слушании. Обработка может быть отложена, если ваш запрос не завершен. Дело будет составлено главным судьей. У вас есть право изучить материалы, составляющие файл, и вы можете сделать это, обратившись в службу Public Inquiry and Response. Любая предоставленная вами информация может быть передана в офис MSSP и в Министерство здравоохранения и социальных служб США.