

## 决定通知 增加和/或添加豁免服务

NHTD

TBI

豁免计划参与者的姓名

地址

客户识别号码 (CIN)

通知日期

生效日期

本通知适用于您最新的服务计划规定所批准的从 \_\_\_\_\_ 到 \_\_\_\_\_ 的豁免服务：

1a.  此次未表明增加任何豁免服务。

1b. 自本通知生效日期起，将**增加**以下豁免服务：

|            |          |          |
|------------|----------|----------|
| 豁免服务 _____ | 从： _____ | 至： _____ |
|            | 时数 / 频率  | 时数/频率    |
| 豁免服务 _____ | 从： _____ | 至： _____ |
|            | 时数 / 频率  | 时数/频率    |
| 豁免服务 _____ | 从： _____ | 至： _____ |
|            | 时数 / 频率  | 时数/频率    |

1a.  此次未表明添加任何豁免服务。

1b. 自本通知生效日期起，将**添加**以下豁免服务：

|            |           |
|------------|-----------|
| 豁免服务 _____ | 时间： _____ |
|            | 时数/频率     |
| 豁免服务 _____ | 时间： _____ |
|            | 时数/频率     |
| 豁免服务 _____ | 时间： _____ |
|            | 时数/频率     |

3. 我们计划采取上述措施的原因如下：

我们做出此决定所依据的法律为：《社会保障法案》(Social Security Act) 第 1915(c) 条和《社会服务法》(Social Services Law) 第 366 (6-a) 条。

**如果您不同意此决定，您可以申请召开调解会和/或公平听证会。请阅读本通知的其余部分，以了解如何申请召开调解会和/或公平听证会。**

地区资源开发专员（正楷）

地区资源开发专员（签名）

地区资源开发中心 (RRDC) 名称

地址

电话

抄送：法定监护人  
授权代表服务协调员  
NYS DOH NHTD 和 TBI 豁免计划

**申请召开调解会的权利：**您可以与地区资源开发专员 (Regional Resource Development Specialist, RRDS) 召开调解会，以对这些措施进行审查。如果您想召开调解会，应尽快提出申请。在调解会上，如果 RRDS 发现所做的决定是错误的，或者由于您提供的信息，RRDS 决定更改该决定，则会采取纠正措施。您将收到一份新的决定通知。您可以拨打本通知首页列出的电话号码联系 RRDS，也可将您的书面申请寄送至本通知首页提供的地址来申请召开调解会。**这不是申请召开公平听证会的方法。**如果您已申请召开调解会，您仍有权申请召开公平听证会。请阅读下方的公平听证会相关信息。

**申请召开公平听证会的权利：**如果您认为以上措施有误，则可以申请召开纽约州公平听证会。申请方式如下：

1. **电话：**您可拨打纽约州免费电话：1-800-342-3334。（请在拨打电话时将此通知放在手边备用） **或**
2. **传真：**填妥本通知并将其副本传真至 (518) 473-6735 **或**
3. **在线：**填写并发送在线申请表的网址为：<https://www.otda.state.ny.us/oah/forms.asp>，**或者**如果您无法通过电话、传真或者在线方式联系到纽约州临时救济与残障援助办公室 (New York State Office of Temporary and Disability Assistance)，请在本通知发布之日起 60 天内写信申请召开公平听证会。
4. **邮寄：**填妥本通知并将其副本邮寄至：Fair Hearing Section, New York State Office of Temporary Disability Assistance, P.O. Box 1930, Albany, New York 12201。请自行留存一份副本。
5. **仅限纽约市：**您也可以亲自前往临时救济与残障援助办公室的行政听证会办公室 (Office of Administrative Hearings)，地址：14 Boerum Place, Brooklyn, New York 或 330 West 34th Street, 3rd. Floor, NY, NY。请携带本通知副本。

**自本通知日期起，您有 60 天时间申请召开公平听证会。**

如果您申请召开公平听证会，州府将向您寄送通知，告知您听证会召开的时间和地点。您有权请法律顾问、亲属、朋友或他人代表您或由您本人亲自出席听证会。在听证会期间，您本人、您的律师或其他代表将有机会出示书面或口头证据以证明之前的决定有误，并有机会向出席听证会的任何人员提问。此外，您有权让证人出庭为您作证、辩护。您应携带任何可为您的个案提供有力证据的文件出席听证会，诸如本通知、工资单、收据、医疗账单、供暖账单、医疗诊断书、信件等文件。

---

**本人要申请召开公平听证会。** 这项决定是错误的，原因如下：\_\_\_\_\_

---

您被豁免计划拒绝的生效日期 \_\_\_\_\_

---

您的姓名（正楷） \_\_\_\_\_

---

您的签名 \_\_\_\_\_

---

地址 \_\_\_\_\_

---

电话 \_\_\_\_\_

---

客户识别号码 (CIN) \_\_\_\_\_

---

日期 \_\_\_\_\_

**法律援助：**如果您需要免费的法律援助，您可以联系法律援助协会或其他法律维权组织，获得此等援助。您可以查看您电话簿黄页中的“律师” (Lawyers) 一栏，找到离您最近的法律援助协会或法律维权组织。

**取用您的档案和文档副本：**为帮助您为听证会做准备，您有权查看您的档案。如果您通过电话或信件与 RRDS 联系，他们将免费为您提供将在公平听证会期间向听证官提供的您档案中的文档副本。另外，如果您通过电话或信件与 RRDS 联系，他们将免费为您提供您认为在听证会上可能需要的您档案中的其他文档副本。要申请获取文档或了解查看您档案的方法，请拨打电话或写信与 RRDS 联系，电话号码及邮寄地址列于本通知首页。如果您需要取用您档案中的文档副本，则应在公平听证会召开日期之前的合理时间内提出申请。只有在您明确要求邮寄文档时，我们才会将文档邮寄给您。

**重要信息：**如果您希望了解有关您的档案、如何申请召开公平听证会、如何查看您的档案或如何获取更多文档副本等更多信息，请拨打电话或写信与 RRDS 联系，电话号码及邮寄地址列于本通知首页。