

DÉPARTEMENT DES SERVICES SOCIAUX
ADMINISTRATION DE LA SÉCURITÉ ÉCONOMIQUE (ESA)
64 NEW YORK AVE., NE WASHINGTON, DC 20002
202.698.4147 - 202.698.6404 (FAX)
DC.OARA@DC.GOV

Date _____

DEMANDE D'AUDIENCE

L'usager est un : (cochez une case)

- Demandeur d'allocations
 Bénéficiaire d'allocations
 Autre

- Je souhaite que mes allocations soient réduites ou interrompues en attendant la décision découlant de mon audience même si j'ai le droit de continuer à les percevoir pendant que mon audience est en instance.
- Si j'y suis autorisé(e), je souhaite que mes allocations restent les mêmes en attendant la décision découlant de mon audience. Je suis conscient(e) que je risque de devoir rembourser mes allocations si je ne me rends pas à l'audience ou si la décision est négative.

Je souhaite obtenir une audience car je ne suis pas d'accord avec la mesure prise concernant :

- L'Aide temporaire pour les familles nécessiteuses (TANF) L'assurance maladie du DC pour les familles/Medicaid
- L'Aide publique générale pour les enfants (GC) Le Programme d'aide supplémentaire à la nutrition (SNAP)
- L'Allocation temporaire d'invalidité (IDA) Le SNAP accéléré
- Les allocations liées au programme de travail L'aide pour les obsèques
- (Veuillez préciser) _____ L'assistance médicale et/ou en espèces pour les réfugiés
- Autre (Veuillez préciser) _____ Le paiement de loyer
- Le programme d'échange d'assurance maladie (Veuillez préciser) _____

Raisons/problèmes : _____

(Veuillez utiliser le dos de cette page ou une feuille supplémentaire si vous avez besoin de plus de place.)

Que voulez-vous que l'on fasse pour régler le problème ? _____

J'ai besoin d'un interprète Oui Non LANGUE _____

Je suis confiné(e) à la maison Oui Non

COORDONNÉES DE L'USAGER Relation avec l'usager lui-même autre

Nom _____ N° de téléphone _____
Adresse _____ N° de fax _____
_____ N° de dossier ESA _____

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE REPRÉSENTANT OU L'AVOCAT

Nom _____ N° de barreau _____
Nom de l'entreprise _____ Adresse _____
N° de téléphone _____

INFORMATIONS AU NIVEAU DE L'AGENCE

Nom du dossier _____ Agent chargé du dossier _____
Centre _____ N° de téléphone _____
Superviseur _____ N° de fax _____
Demande reçue : en personne de l'usager Téléphone Aidée ou préparée par l'agence (si oui, indiquez le nom de celui ou celle qui l'a préparée)
 du représentant Fax
 e-mail
_____ Personne de l'agence qui a aidé ou préparé la demande