

社会服务部  
经济收入保障管理处  
64 NEW YORK AVE., NE  
WASHINGTON, DC 20002  
202.698.4147 – 202 698-6404. (传真)  
DC. [OARA@DC.GOV](mailto:OARA@DC.GOV)

日期: -----

### 听 证 会 申 请

您是: (勾选一项)

- 福利申请人
- 福利受益人
- 其他

- 我要求在等待听证结果期间减少或停发我的福利, 尽管我在等待期间仍然有权享有福利。
- 如果可能, 我要求在等待听证结果期间维持发放我的福利。我明白如果听证不成功, 我有可能要退还所接受的福利。

我要求听证, 因为不同意下述机构的决定:

- 贫困家庭临时救济计划 (TANF)
- 儿童公众援助 (GC)
- 残障辅助过渡计划 (IDA)
- 工作就业福利
- 项目名称 \_\_\_\_\_
- 其它 \_\_\_\_\_
- 健康福利交换项目 \_\_\_\_\_
- 特区家庭健康计划/Medicaid
- 补充营养援助计划(SNAP)
- 加急补充营养援助计划 SNAP
- 殡葬补助计划
- 难民现金和/或医疗补助
- 租赁供应商付款

原由/问题: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

(如果需要, 写到背面或另外加页。)

您希望如何解决这个问题? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

我需要翻译  是  否 语言 \_\_\_\_\_

我无法出门  是  否

申请人信息 与申请人关系  本人  其他

姓名 _____	电话 _____
地址 _____	传真 _____
_____	ESA 案卷号 _____

代理/律师信息

姓名 _____	律师号 _____
事务所 _____	地址 _____
电话 _____	_____

机构信息

案卷名 _____	办案人 _____
中 心 _____	电 话 _____
负责人 _____	传 真 _____
联络方式: <input type="checkbox"/> 与申请人面谈 <input type="checkbox"/> 电话 <input type="checkbox"/> 机关助手或准备 (如是, 准备人姓名)	
<input type="checkbox"/> 与代理人面谈 <input type="checkbox"/> 传真 _____	
<input type="checkbox"/> 电子邮件 _____	助手/准备人姓名 _____