



**Human Resources
Administration**
Department of
Social Services
Steven Banks
Commissioner

**Department of
Homeless Services**

回家之路 (PATHWAY HOME) 计划 资格确定通知

客户姓名
庇护所
地址 1
地址 2

CARES 个案号码:
申请日期: 年/月/日
申请号码:

通知日期: 年/月/日

您于 _____ 提交了一份“回家之路”计划申请表。

您**有资格**加入“回家之路”计划。

经批准，您可加入以下住址的寄宿家庭：

_____。
您的房主将收到 _____ 美元的月款。

您**没有资格**加入“回家之路”计划，原因如下：

您的申请表不完整。您未提交以下文件： _____。

您的家中没有任何成员享有现金援助（单次支付或有效），且所有有资格获得现金援助（单次支付或有效）的家庭成员都必须领取此福利。

您的家庭收入总额超过了美国卫生及公共服务部每年设定的联邦贫困水平的 200%。

您的家中没有任何子女符合《纽约州准则、法规及条例》第 18 条第 369.2(c) 节规定的标准。

您的家庭不符合成为 DHS 庇护所资格。

您的家庭目前未被收入纽约市庇护所系统。

您的家庭至少连续九十天未被收入纽约市庇护所系统。

您未找到同意让您的家庭居住在其住房中的寄宿家庭，且支付的月款不超过适用的最高额。

您发现住在寄宿家庭的住房中会对您的家庭的健康、安全或福利造成风险。

其他： _____。

对行政上诉听证会的预期

HRA 将向您发出通知，告诉您听证会的举办时间和地点。

在听证期间，您有一次机会解释您认为决定错误的原因。您可以带律师、亲戚、朋友或其他人为您提供帮助。如果您不能亲自出席，可以委派他人代表您出席。如果您委派律师以外的其他人代表您到场而不亲自到场，您必须向该人提供一封信函，向听证官表示您希望该人在听证期间担任您的代表。

为帮助您在听证期间解释您认为我们错误的原因，您应该带能够为您提供帮助的任何证人。您还应该携带您持有的任何证件，比如：工资单、租约、收据、账单、医生的声明。在听证期间，您和您的律师或其他代表可以向我们带来的或您带来为您提供帮助的证人提问。

如果您有残疾或行动不便，不方便亲自出席，您可以委派代表到场，代表可以是朋友、亲戚或律师。如果您的代表不是律师或者律师的员工，您的代表必须向听证官提供有签名的书面信函。

如果您有残疾，在参加调解会或听证会时需要合理的便利措施，比如手语翻译、视觉障碍协助或其他便利措施，请在此表格上填写此等请求。

法律援助

如果您认为自己需要律师帮您解决问题，您可以联系当地的法律援助协会 (**Legal Aid Society**) 或其他法律宣传组织，免费获得律师服务。有关法律援助协会或其他法律宣传组织的联系信息或其其他律师的姓名，请查看黄页下的“律师” (**Lawyers**)，或者上网查看类似黄页的网站。

取用您的文件和文档副本

为帮您为听证会做准备，您有权查看您的个案文件。如果您向 HRA 致电、写信或发传真，我们将向您免费发送我们将在听证期间向听证官提供的文件中的文档副本。此外，如果您向我们致电、写信或发传真，我们将向您免费发送您认为为上诉听证会做准备所需的其他特定文档的副本。欲索要文档或了解如何查看您的文件，请拨打 **929-221-0043** 联系 HRA，或者向 HRA 写信，地址为：**Pathway Home Program, 150 Greenwich Street, 36th Floor, New York, NY 10007**。

如果您想要您的个案文件中的文档副本，应提前提出申请。我们将在听证会日期之前的合理时间内向您提供。除非您特别要求邮寄文档，否则我们不会将文档邮寄给您。

信息

如果您希望了解更多与您的个案、请求行政上诉的方式、查看文件的方式或者获得额外文档副本的方式有关的信息，请拨打 **929-221-0043** 联系 HRA 或写信至下列地址：**Pathway Home Program, 150 Greenwich Street, 36th Floor, New York, NY 10007**。

进一步上诉权利

如果您认为听证官的决定是错误的，您有权针对听证官的决定向 HRA 内更高级别的经理提出上诉。有关如何进行再上诉的信息包含在听证官的决定中。