

공정 심리 요청서

2장의 1쪽

DS 1805 (Rev. 11/06)

공정 심리가 요구된 사람의 이름 (신청인)	생년 월 일	Medicaid Home and Community Based Waiver 프로그램의 참가자 입니까? (하나를 표시) <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오
-------------------------	--------	---

주소	주간 전화 번호
----	----------

지역 센터 또는 주개발 센터의 이름

주 수준의 공정 심리가 계획됩니다.. 공정 심리 이전에 이 건을 해결하기 위해, 본인은 다음을 요청합니다. (적용되는 모든 것에 표시를 하십시오)

- 지역 센터 또는 주 개발 센터의 디렉터 또는 그/그녀의 피지명인과의 비 공식 회의.
- 합의에 도달하도록 도움을 줄 중립적이고 독립적인 중재자와의 중재.

공정 심리를 요청하는 이유(들):

귀하의 불만을 해결하기 위해 필요한 것을 서술 하십시오:

신청인이 아닌 경우 청구자의 이름	신청인과의 관계
주소	주간 전화 번호

청구자의
서명 > _____ 청구 날짜 _____

통역관이 필요하십니까? 아니오 예 만일 필요할 경우의 언어 _____

대리인 위임

본인은 다음 사람이 (이름) _____

(주소) _____ (주간 전화 번호) _____

이 문제의 신청인인 저를 대행할 권한을 부여합니다.

원고/지역 위원회의
서명 > _____ 날짜 _____

참석할 수 없는 날짜

본인은 다음 시간과 날짜에 참석 할 수 없습니다. (귀하가 참석 할 수 없는 시간/날짜를 밝힐 때 비공식 회의는 귀하의 요청이 수령된 날로부터 10일 이내에, 중재는 30일 이내에, 그리고 공정 심리는 50일 이내에 열린다는 것을 명심하십시오.)

신청인 또는 위임된
대리인의 서명 > _____

(제외된 조치의 통지 사본을 첨부하십시오, 항소 권리와 설명 사항을 위해 2 페이지를 보십시오.)

항소 권리

1. 귀하는 공정 심리 절차에서 귀하를 돕기 위해 개인 또는 지역 위원회에서 선정된 기관을 귀하의 대표로 할 수 있습니다.
2. 귀하는 공정 심리의 권리가 있습니다.
3. 귀하는 모든 절차에 참여할 권리가 있으며 서면 그리고 구두 증거를 제출 할 권리가 있습니다.
4. 귀하는 증인을 대면하여 반대 심문을 할 권리가 있습니다.
5. 귀하는 변호사 또는 귀하가 선택한 다른 대표와 함께 직접 출두할 권리가 있습니다.
6. 귀하 또는 귀하의 위임된 대리인이 어떤 회의나 심리 사전에 기록을 살펴보고 심문할 권리가 있습니다.
7. 귀하는 통역관을 요청할 권리가 있습니다.
8. 귀하는 의뢰인의 권리 후원회, 지역 위원회, 공공 기금 법적 서비스, 회사 또는 연방 공공법 95-602하에서 요구되는 보호와 후원 시스템을 포함하는 공공 또는 개인의 자금 후원을 받는 후원 기관에의 소개를 포함하는 후원 기관을 이용할 수 있는지에 대한 정보에 대한 권리가 있습니다.
9. 귀하는 지역 센터 또는 주 개발 센터가 심리 요청서를 수령한 날로부터 10일 이내에 지역 센터 또는 주 개발 센터의 디렉터 또는 그 디렉터의 피지명인과 비공식 회의를 할 권리가 있습니다. 비공식 회의의 제외된 날짜, 시간, 장소의 통지가 지역 센터센터 또는 주 개발 센터 디렉터 또는 그 디렉터의 피지명인에 의해 서면으로 제공될 것입니다.
10. 귀하는 공정 심리 전에 임의적 중재를 요청할 권리가 있습니다.
11. **귀하는 비공식 회의나 임의적 중재에 참여하지 않고 곧바로 공정 심리를 진행 할 권리가 있습니다.**

설명 사항

1. 만일 귀하 또는 귀하의 위임된 대리인이 지역 센터 또는 주 개발 센터의 결정 또는 조치에 만족하지 않으며 귀하 또는 귀하의 위임된 대리인이 그것이 불법이거나, 차별적이거나, 또는 귀하의 이익을 위한 것이 아니라고 믿을 경우, 귀하 또는 귀하의 위임된 대리인은 공정 심리 요청 양식을 사용할 수 있으며, 만일 원한다면, 지역 센터 또는 주 개발 센터 디렉터 또는 그 피지명인과 비공식 회의도 할 수 있습니다.
2. 결정 또는 조치의 불만에 대한 통지가 있는 지 30일 이내에 그 신청서는 반드시 그 조치에 책임이 있는 지역 센터 또는 주 개발 센터의 디렉터에게 전달 되어야 합니다. 지역 센터 또는 주 개발 센터는 지역 센터 또는 주 개발 센터 디렉터가 그 요청서를 수령한 날로부터 근무일 5일 이내에 귀하의 공정심리 요청서를 행정 심리 사무소의 디렉터 또는 그의 피지명인에게 팩스로 전달 할 것입니다.
3. 만일 귀하가 서비스를 받고 있으며 그 항소의 이유가 지역 센터 또는 주 개발 센터의 서비스의 축소 또는 종료일 경우 귀하는 공정 심리동안 그 서비스를 계속 해서 받기 위해서 제외된 조치의 통지를 수령한 날로부터 10일 이내에 이 양식을 지역 센터 또는 주 개발 센터에 제출 하여야 합니다.
4. 만일 위임된 대리인이 없거나, 원하지 않을 경우, 양식의 그 부분은 작성하지 마십시오.
5. 만일 통역관이 필요할 경우 적절한 박스에 표시를 하고 통역관의 필요성에 대해 설명을 하십시오.
6. 만일 귀하가 참석 할 수 없는 특정 시간 그리고/또는 날짜가 있을 경우, 이 양식에서 제공된 공간에 시간과 날짜를 구체적으로 밝히는 것이 매우 중요합니다. 이것은 귀하를 위한 것이며, 그렇게 해서 비공식 회의, 중재 협의, 그리고/ 또는 심리 날짜를 귀하에게 편리한 시간과 날짜에 잡기 위한 것입니다.
7. **이 서류를 작성 하는 데 도움이 필요하면 서비스 담당자 또는 의뢰인의 권리 후원회에 연락 하십시오.**