

提出程序通知 DS 1803 (Rev. 7/2009)	日期
服務申請人姓名/領受者	Medicaid院舍和社區基本服務受Waiver 人士 (勾選一項) <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
地址	電話
授權代理人姓名	
地址	電話
地方中心或州發展中心名稱	

藉此通知你採取有可能影響服務的以下行動:

(地方中心或州發展中心)

提出程序:

提出程序的原因:

生效日期:

程序的權限(法律,規定,和/或是支持程序的方針):

上訴權利

你可以向發展服務部門申請上訴,使用公聽請求申請表。地方中心或州發展中心可以協助你填寫申請表。若有需要,請將公聽請求申請表交給:

- 有關協助可從以下機關獲得:
 - 當地當事人權利的辦案律師:
 - 當地區域委員會:
 - Disability Rights California:
 - 其它:
- 在上訴過程中,你的服務會繼續延續。如果你的公聽會申請表已蓋上郵戳,或者已由地方中心或州發展中心接收,無論誰先收到,不要晚於收到通知後的10天。
- 封入的手冊上註有"公聽會過程對於三歲和三歲以上的消費者",詳述你的上訴權利和提供有關公聽會過程的資訊。